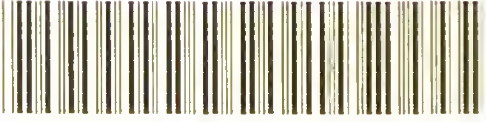


HYGIENE DU NEURASTHENIQUE

BIBLIOTHEQUE D'HYGIENE THERAPEUTIQUE FONDEE PAR LE Pr. PROUST.

MASSON & Cie EDITrs PARIS



L'HYGIÈNE
DU NEURASTHÉNIQUE

VOLUMES PUBLIÉS DANS CETTE COLLECTION

Hygiène du goutteux, 2e édition (Dr A. Mathieu).

Hygiène de l'obèse, 2e édition (Dr A. Mathieu).

Hygiène des asthmatiques (Prof. Brissaud).

Hygiène des diabétiques (Prof. Proust et Dr A. Mathieu).

Hygiène et thérapeutique thermales (Dr Delfau).

Les cures thermales (Dr Delfau).

Hygiène du neurasthénique, 3e édition (Dr G. Ballet).

Hygiène des albuminuriques (Dr Springer).

Hygiène du tuberculeux, 2e édition (Dr Chuquet).

Hygiène et thérapeutique des Maladies de la bouche. 2e édition (Dr Cruet).

Hygiène des Maladies du cœur (Dr Vaquez).

Hygiène du dyspeptique (Dr Linossier).

Hygiène thérapeutique des Maladies des fosses nasales (Drs Lubet-Barbon et R. Sarremone).

Hygiène des Maladies de la Femme (Dr A. Siredey).

1767-06. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 3-07.

BIBLIOTHÈQUE D'HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Fondée par le professeur PROUST

L'HYGIÈNE
DU NEURASTHÉNIQUE

PAR

GILBERT BALLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Président de la Société de Neurologie

TROISIÈME ÉDITION

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1906

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION

*Notre intention n'est pas d'exposer ici une histoire documentaire de la Neurasthénie et de son traitement. Cette affection a été le sujet de bien des descriptions depuis celle vraiment fondamentale que Beard en a tracée. Ce n'est pas que l'auteur américain ait été le premier à voir et à isoler la Neurasthénie, dont on retrouve les principaux symptômes dans l'*irritation spinale *de Franck, la* névralgie protéiforme *de Cerise, le* nervosisme *de Bouchut, la* névropathie cérébro-cardiaque *de Krishaber : mais la monographie de Beard a eu le mérite d'être plus synthétique et plus complète que ses devancières, elle a eu surtout la chance d'arriver à un moment propice. Tandis qu'en Amérique l'*épuisement nerveux (nervous exhaustion) *semblait se multiplier et attirait tout naturellement l'attention des neuro-pathologistes (celle de Weir-Mitchel après celle de Beard),*

les conditions nouvelles créées par les exigences de la vie moderne, favorisaient dans l'ancien continent la recrudescence de la névrose par épuisement, *dont avait déjà parlé Monneret.*

On répète aujourd'hui volontiers ce lieu commun qu'à la faveur des progrès de la civilisation et du surcroît d'activité cérébrale qu'elle entraîne, les névroses, sous toutes leurs formes, sont devenues chez nous beaucoup plus communes que jadis. L'affirmation mériterait qu'on se donnât la peine de vérifier si elle est fondée, et il faut avouer que les documents précis nous manquent pour faire cette vérification avec quelque exactitude. D'ailleurs, si les pessimistes avaient raison, il n'est pas établi qu'il faudrait mettre l'accroissement du nombre des maladies nerveuses tout entier sur le compte des raffinements de la civilisation et des exigences nouvelles auxquelles notre cerveau doit satisfaire. Les intoxications, et la moins raffinée de toutes, l'intoxication alcoolique, auraient droit de revendiquer une large part parmi les causes déterminantes des dérangements nerveux qui seraient le propre de notre époque.

Quoi qu'il en soit, malgré les restrictions que la prudence scientifique commande d'opposer à des assertions dont il importerait de démontrer la justesse, il semble bien qu'au moins en certains milieux,

la Neurasthénie soit plus commune qu'il y a soixante ans. En tout cas, nous savons mieux la voir, et nous la baptisons quand nous la rencontrons : ce qui suffirait dans une certaine mesure à expliquer qu'elle nous apparaisse comme beaucoup plus fréquente qu'à l'époque où elle allait innomée, *ou, ce qui revient au même, nommée de noms trop divers. Que sa fréquence se soit accrue ou non, modérément ou beaucoup, ce qui est certain, c'est que la Neurasthénie est une affection commune : ceci suffit à expliquer la faveur avec laquelle fut accueillie la description de Beard. Charcot, en France, lui fit un sort, et beaucoup d'autres après lui*[1], *si bien qu'à l'heure actuelle la Neurasthénie, qu'on ignorait presque, il y a vingt ans, a fait plus que conquérir la place à*

1. Nous indiquons ci-dessous les principaux ouvrages ou descriptions d'ensemble auxquels la Neurasthénie a donné lieu :

Beard, *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthénie), its causes, symptomes and sequences*; New-York, 1880. — Axenfeld et Huchard, *Traité des Névroses*; Paris, 1883. — Charcot, *Leçons cliniques*, et passim. — Ziemssen, *Die Neurasthenie und ihre Behandlung*; Leipzig, 1887. — Bouveret, *La Neurasthénie*, 2ᵉ édit.; Paris, 1881, J.-B. Baillière. — Mathieu, *Neurasthénie*, collection Charcot-Debove. — Levillain, *La Neurasthénie*; Paris, 1891. — Dutil, art. NEURASTHÉNIE, in *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud; Paris, 1905. — F. Muller, *Handbuch der Neurasthenie*, Leipzig, 1893. — Gilles de la Tourette, *Les états neurasthéniques*, J.-B. Baillière, Paris, 1900. — Maurice de Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*, F. Alcan, 1901. — Brissaud, art. NEURASTHÉNIE du Traité de médecine de Brouardel et Gilbert; Paris, 1902. — Godlewski, *Les neurasthénies*, Maloine, 1904.

laquelle elle a droit en clinique ; elle est devenue une étiquette commode derrière laquelle s'abritent trop souvent des diagnostics erronés ou incomplets.

On ne sera pas surpris dès lors que, dans un livre consacré à l'indication des mesures hygiéniques que comportent la prophylaxie et le traitement de la Neurasthénie, nous ayons jugé nécessaire de présenter l'affection et de montrer les physionomies diverses, habituelles ou plus rares, qu'elle revêt en clinique. D'autre part, la prophylaxie suppose la connaissance de toutes les causes qui peuvent à un titre quelconque intervenir dans la genèse de l'affection : il était indispensable que nous en fissions ici une étude sommaire, ou au moins une énumération détaillée.

L'hygiène, qui suffirait à prévenir la Neurasthénie si elle était rigoureusement appliquée et, il faut bien le dire, si elle était toujours applicable, suffit aussi le plus souvent à la guérir quand la Neurasthénie est susceptible de guérison. Sans vouloir proscrire la thérapeutique médicamenteuse, nous osons dire que, dans l'ensemble, on a fait aux candidats neurasthéniques ou à ceux arrivés plus de mal avec les « drogues » qu'on ne leur a rendu de services. Si l'on pouvait dresser le bilan des méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceu-

tiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière, on se demanderait si les Neurasthéniques sont les obligés ou les victimes de la médecine. N'est-ce pas Montaigne qui a dit que les médecins de son temps, pour ne pas guérir le cerveau aux dépens de l'estomac, offensaient l'estomac et empiraient le cerveau « par leurs drogues tumultueuses et discordantes »? N'imitons pas les mauvaises pratiques de cette époque et n'oublions pas que le médecin ignorerait son rôle, s'il le croyait limité à la prescription des substances médicamenteuses; une bonne hygiène morale et physique, un régime alimentaire bien conçu, des conseils et des encouragements suggestifs *font d'habitude plus pour le Neurasthénique qu'une polypharmacie souvent inutile et quelquefois nuisible. C'est assez dire l'intérêt que présente le sujet que nous avons l'intention d'aborder.*

PRÉFACE

DE LA TROISIÈME ÉDITION

La première et la deuxième édition de cet ouvrage portaient, avec la nôtre, la signature de notre cher et regretté maître le Professeur Proust. Pour la mise au point de cette troisième édition nous avons été privé d'une collaboration qui nous avait été précieuse et que nous tenons à rappeler.

L'hygiène du Neurasthénique est aujourd'hui ce qu'elle était hier et nous n'avons pas eu à apporter à notre œuvre première de modifications fondamentales. Nous avons toutefois pensé devoir la compléter sur quelques points. On trouvera dans cette édition quelques chapitres nouveaux qui ne figuraient pas dans les précédentes. Le mot Neurasthénie est un de ceux dont on abuse tellement, en l'employant à tort et sans discernement, que nous avons jugé utile d'en mieux préciser la signification clinique et de consacrer quelques pages au diagnostic des affec-

tions auxquelles on l'applique indûment. Nous avons ajouté des compléments indispensables aux chapitres relatifs à la psychothérapie, au régime alimentaire des Neurasthéniques. Nous avons cru qu'il n'était pas superflu de donner quelques développements nouveaux à l'hygiène et au traitement des troubles intestinaux qui sont si fréquents dans l'asthénie nerveuse. Traitement et hygiène ont des rapports si étroits qu'il est bien difficile et qu'il serait arbitraire de les trop séparer. Tel qu'il est, aujourd'hui comme hier, ce petit livre n'a pas la prétention d'être un traité dogmatique de la Neurasthénie, mais un précis où nous nous sommes efforcé d'exposer avec brièveté et aussi clairement que possible les règles et les faits qui dans la pratique doivent guider le clinicien.

L'HYGIÈNE

DU

NEURASTHÉNIQUE

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION ET NATURE DE LA NEURASTHÉNIE

La neurasthénie est une *névrose*, c'est-à-dire une affection du système nerveux sans lésion organique connue, que Beard, de New-York, a eu le mérite de dégager du chaos de l'ancien et vague *nervosisme*.

Elle s'affirme par des troubles fonctionnels très nombreux, très diversement associés et qui sont pour la plupart d'ordre subjectif. Nous ne possédons aucune donnée certaine sur les modifications des centres nerveux d'où dérivent ces troubles fonc-

tionnels; nous ne connaissons bien que leur physionomie et leurs causes et c'est seulement par une induction fondée sur les caractères de l'une et des autres que nous pouvons présumer la nature de l'affection. Comme elle reconnaît souvent pour origine le surmènement des centres nerveux supérieurs et qu'elle s'accuse surtout par des signes de dépression, d'affaiblissement de la force nerveuse, on suppose qu'il s'agit d'un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux : ces éléments répareraient plus difficilement l'énergie épuisée et n'accumuleraient plus au même degré la force produite : aussi définit-on généralement la névrose : *un affaiblissement durable de la force nerveuse.* De là encore ces dénominations d'épuisement nerveux, de faiblesse nerveuse qu'on lui applique couramment. Mais comme aux signes de dépression on voit fréquemment s'associer des symptômes d'excitation, on désigne quelquefois aussi la neurasthénie sous le nom de *faiblesse irritable*, afin de la caractériser d'une manière plus exacte et plus complète.

Cette faiblesse irritable peut manifester ses effets non seulement du côté du système cérébro-spinal, mais aussi du côté du système nerveux de la vie organique. La neurasthénie ne trouble pas seulement les fonctions les plus élevées et les mieux différenciées, celles du cerveau et de la moelle

épinière, elle intéresse presque toujours, bien qu'à des degrés variables, l'innervation des principaux viscères. Trois grands appareils souffrent particulièrement, ce sont les appareils circulatoire, digestif et génito-urinaire. Il est aisé de comprendre par là combien grande est la diversité des troubles fonctionnels qu'on observe chez les neurasthéniques. Comme les symptômes peuvent s'associer chez les différents sujets de manières fort dissemblables, il s'ensuit que la maladie se présente en clinique sous des formes variées et nombreuses. Et, cependant, quelle que soit la multiplicité des syndromes et des causes qui les engendrent, il y a entre tous ces états d'asthénie nerveuse des relations et des analogies de caractères qui assurent et légitiment l'autonomie de la névrose. Les symptômes fondamentaux de cette affection sont multiples : une *céphalée* d'un caractère spécial, l'*insomnie*, l'*asthénie musculaire*, la *rachialgie*, un *état mental* particulier et enfin la *dyspepsie* par atonie gastro-intestinale. Ces signes cardinaux réunis en plus ou moins grand nombre caractérisent l'état nerveux décrit par Beard, qui ne se peut confondre avec aucun autre complexus névropathique. La fixité de la symptomatologie, au moins des traits essentiels de cette symptomatologie, établit une distinction fondamentale entre la neurasthénie, maladie de

fatigue, se traduisant par des symptômes de fatigue, et les névroses, particulièrement l'hystérie, où les troubles, de nature plus spécialement psychique, dépendent de la fixation dans l'esprit de certaines images mentales ou, comme on dit couramment, de suggestions. Nous montrerons qu'en effet à l'hystérie maladie psychique, variable comme peut l'être une maladie psychique dans sa phénoménologie, on peut opposer la neurasthénie maladie somatique du système nerveux. Les relations du psychisme avec cette dernière sont toutefois étroites et nombreuses : le psychisme peut intervenir pour la produire (neurasthénie par émotions, chagrins); d'autre part, l'état de fatigue qui constitue l'affection réalise des conditions favorables au développement d'un psychisme pathologique (tristesse, aboulie, phobies, auto-suggestions) dont le type est représenté par l'association de l'hystérie à la neurasthénie (hystéro-neurasthénie). Mais même dans le cas où la neurasthénie se complique de troubles secondaires et associés, elle garde sa physionomie fondamentale, et qui en constitue l'essence, de maladie de fatigue.

La conception qui subordonne à un état spécial de faiblesse et d'irritabilité des éléments nerveux, au moins à un état primitif, l'ensemble des troubles constitutifs de l'affection n'a pas été

acceptée par tous les cliniciens : on a cherché à mettre sous la dépendance de certains troubles viscéraux les divers symptômes de la maladie. C'est ainsi qu'on a voulu voir dans le trouble des fonctions digestives le point de départ de l'état névropathique et l'on a pensé que la dyspepsie, par la perturbation qu'elle jette dans la nutrition, pouvait être la cause première et fondamentale de l'épuisement nerveux. D'autres ont incriminé les lésions de l'appareil génito-urinaire, les excès génésiques. Enfin on a soutenu que la faiblesse des centres nerveux pouvait être la conséquence d'un état d'appauvrissement du sang, comme si l'asthénie nerveuse était nécessairement associée à l'anémie. Nous aurons à discuter ultérieurement ces diverses théories qui visent à élucider la pathogénie encore obscure de la névrose : nous verrons alors quelle est la part de vérité qu'elles peuvent contenir. Mais nous devons dire dès maintenant que, dans la plupart des cas, ces vues pathogéniques se trouvent contredites par l'observation directe des faits. Il n'est pas douteux que l'atonie gastro-intestinale et les troubles génito-urinaires soient plus souvent l'effet que la cause de l'affection. En ce qui concerne l'anémie, la neurasthénie assurément en est indépendante : combien de neurasthéniques ont le teint coloré, un sang normal et tous les attributs

extérieurs d'une santé florissante! Aussi bien tous les troubles fonctionnels observés chez ces malades paraissent-ils commandés le plus souvent par l'altération primordiale des éléments nerveux dont, à la vérité, la nature intime nous échappe. L'étude des causes si diverses de la maladie nous permettra d'ailleurs de mettre en relief le rôle prépondérant dévolu à l'atteinte directe et primitive des centres nerveux dans la pathogénie des états neurasthéniques. Quoi qu'il en soit, on ne saurait à l'heure actuelle définir la neurasthénie par son principe pathogénique dont la notion est dépourvue de précision, ni par ses lésions, puisqu'elle n'en présente pas d'appréciable à nos moyens d'investigation, ni par sa physiologie pathologique encore fort obscure. Nous sommes donc nécessairement conduits à rechercher dans l'étude de l'étiologie et des caractères cliniques, l'indication rationnelle des mesures d'hygiène prophylactique et thérapeutique qu'on peut opposer au développement de la névrose et qui sont capables d'en amener la guérison.

DEUXIÈME PARTIE

LES CAUSES DE LA NEURASTHÉNIE POURQUOI ET COMMENT ON DEVIENT NEURASTHÉNIQUE

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

La neurasthénie n'est pas, comme le croyait Beard, une maladie moderne créée par le surmenage intellectuel et moral inhérent à la civilisation et à la vie sociale de notre époque. Il est vraisemblable qu'elle a existé de tout temps, comme les névroses et les psychoses diverses que les passions dépressives, les chocs moraux et physiques peuvent faire naître chez l'homme. Il est certain en tout cas que les médecins des siècles passés, Galien, Stoll, Sydenham, Robert Wytt notamment (maints passages de leurs écrits en font foi), l'ont observée, bien qu'ils n'aient pas su la dégager des autres

états névropathiques avec lesquels elle resta longtemps confondue. Mais il n'en est pas moins vrai que la neurasthénie est à l'époque actuelle une maladie extrêmement commune, et il semble bien, au moins la plupart des auteurs modernes s'accordent-ils à le dire, que sa fréquence tende à s'accroître de plus en plus. Ce n'est pas sans raison qu'on l'a nommée « la maladie du siècle ». Et à la vérité cette appellation paraît lui être justement applicable si l'on entend par là non point que la neurasthénie soit apparue à notre époque, comme une espèce morbide néoformée, mais seulement qu'elle semble avoir pris de notre temps un développement qu'elle n'avait peut-être jamais atteint jusqu'alors. Ce serait là, s'il était établi, un fait remarquable dans l'histoire de cette névrose. Il n'est pas sans intérêt, pour l'hygiéniste tout au moins, d'en rechercher les causes.

Si notre époque est, comme on l'a dit, particulièrement féconde en neurasthéniques, est-il vrai qu'elle soit, comme on l'a avancé, surtout redevable de ce fâcheux privilège à une sorte de dégénérescence globale qui, suivant une loi d'évolution régressive, envahirait les générations tard venues, issues de peuples vieillis ou de races usées? Cette interprétation nous paraît contestable, comme le jugement pessimiste que certains auteurs ont porté,

un peu à la légère, sur la génération présente. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur la répartition ethnographique de la neurasthénie. Assurément elle est répandue en France, en Allemagne, en Russie, chez tous les peuples de la vieille Europe; mais sa fréquence n'est pas moindre en Amérique : elle y est même particulièrement commune, si bien que Beard (de New-York), lorsqu'il la décrivit, crut avoir découvert une espèce morbide spéciale au pays où il l'observait, en un mot et suivant sa propre expression *un mal américain*. Si la neurasthénie a pris une extension considérable aux États-Unis, pays jeune, de race forte et de civilisation récente, on est mal fondé à prétendre que le développement de cette névrose soit surtout imputable à une sorte de sénilité ou d'évolution régressive des nations où elle sévit. D'ailleurs est-on autorisé à avancer que les peuples d'Europe chez lesquels cette affection est d'observation commune, soient en voie de déchéance physique et psychique? Est-il vrai que les Français, les Allemands de notre temps soient plus débiles que ceux qui vivaient au siècle dernier ou même au moyen âge? Il est au moins permis d'en douter si l'on songe à l'énormité des charges supportées par les peuples de l'Europe contemporaine, à l'immense labeur qu'ils accomplissent

dans toutes les sphères de l'activité humaine. En réalité la neurasthénie est également répandue chez tous les peuples civilisés où la lutte pour l'existence entretient une exaltation incessante et exagérée des fonctions du système nerveux. C'est pourquoi elle est extrêmement fréquente chez les Américains du Nord, dont l'extraordinaire activité est bien connue, et chez les peuples d'Europe qui marchent à la tête de la civilisation. Si, dans le cours et à la fin du XIXe siècle, elle est devenue particulièrement commune, c'est que les conditions de la vie sociale ont été brusquement modifiées dans l'ordre économique comme dans l'ordre politique.

Autrefois, les classes étaient comme parquées derrière des barrières infranchissables et bien peu, hormis les forts, cherchaient à sortir du milieu où le hasard de la naissance les avait placés. Aujourd'hui les lois et les mœurs ont supprimé ces barrières, chacun s'efforce de s'élever plus haut que ses ancêtres ; la concurrence a grandi, les conflits d'intérêts et de personnes se sont multipliés dans toutes les catégories d'états ; les ambitions souvent peu justifiées se donnent libre carrière ; une foule d'individus imposent à leur cerveau un travail au-dessus de ses forces ; viennent les soucis, les revers de fortune, et le système

nerveux, sous le coup d'une excitation incessante, finit par s'épuiser. Ainsi s'expliquerait la fréquence croissante de la neurasthénie à notre époque et sa prédominance dans les villes, parmi les classes moyenne et supérieure, dans tous les milieux en un mot où la culture intellectuelle, ainsi que le trafic commercial et industriel, sont portés à leur plus haut degré d'intensité.

Ces considérations nous font déjà pressentir que le surmenage, et surtout le surmenage cérébral, doit figurer au premier rang des causes de la neurasthénie.

Age. — L'affection n'est pas également fréquente à tous les âges. Très rare dans l'enfance et la vieillesse, elle atteint de préférence les adultes, c'est-à-dire qu'elle frappe l'homme durant la période la plus laborieuse et la plus tourmentée de l'existence, de la vingtième à la cinquantième année.

Il est toutefois une forme de neurasthénie qui peut être qualifiée de neurasthénie précoce et que nous avons souvent observée. Elle apparaît en effet aux environs de la puberté ou peu après et semble se rattacher à un développement exagéré de la taille. On la voit chez des sujets dont les dimensions en hauteur dépassent notablement la moyenne, et dont le contour de la poitrine et le

volume des muscles ne sont pas en rapport avec ces dernières. Ces neurasthéniques appartiennent presque toujours au sexe masculin : ce sont de « grands efflanqués » dont le système nerveux est doué d'une excessive fragilité et cède au moindre choc.

Sexe. — La neurasthénie est plus commune chez l'homme que chez la femme. Sur un total de 828 malades, Von Hössling[1] a compté 604 cas dans le sexe masculin, et 224 seulement dans le sexe féminin. Cette inégale répartition de la maladie dans l'un et l'autre sexe ne saurait s'expliquer par une prédisposition spéciale du sexe masculin. Ici encore apparaît l'influence prépondérante du travail opiniâtre, des soucis, des excès de toutes sortes, conséquences du rôle plus actif et plus militant de l'homme dans la lutte pour l'existence.

Professions. — La répartition des cas suivant les professions n'est pas mois significative. Les statistiques qui ont été dressées à ce point de vue mettent bien en évidence l'influence prédominante du surmenage cérébral dans le développement de la neurasthénie. Sur 598 malades on trouve[2] :

1. Von Hössling, in *Handbuch der Neurasthenie* herausgeg. von Franz Muller. Leipzig, 1893.
2. Von Hössling, *loco cit.*

Commerçants et industriels	198
Employés	130
Professeurs	68
Etudiants	56
Officiers	38
Artistes	33
Sans profession	19
Médecins	17
Agriculteurs	17
Ecclésiastiques	10
Savants	6
Écoliers	6
Ouvriers	6

Bien qu'ils n'aient qu'une valeur toute relative, ces chiffres n'en sont pas moins fort instructifs; ils montrent d'une part l'extrême rareté de la névrose parmi les individus de la classe ouvrière et sa limitation presque exclusive aux classes cultivées, au monde des affaires ou des carrières libérales, en un mot aux catégories sociales assujetties par état à un labeur cérébral habituel.

CHAPITRE II

ROLE ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉRÉDITÉ ET DE L'ÉDUCATION

Hérédité. — On sait combien est grand le rôle de l'hérédité dans le développement des maladies du système nerveux. Mais ce facteur étiologique n'intervient pas d'une façon uniforme dans la pathogénie de toutes les maladies nerveuses. Certaines névroses semblent plus que d'autres soumises à son influence et pour chaque espèce morbide son action s'exerce à des degrés fort variables d'un cas à l'autre.

Il arrive parfois, on le sait, qu'un même type morbide se transmette d'une génération aux générations suivantes. On dit alors qu'il y a *hérédité similaire* : en pareil cas l'origine atavique de la maladie est aussi évidente qu'il est possible, mais il est rare que l'hérédité pathologique se manifeste sous une forme aussi expressive ; et en ce qui concerne la neurasthénie, on peut affirmer que les exemples d'hérédité similaire sont exceptionnels.

Dans un grand nombre de cas, au contraire, on découvre chez les ascendants des tares nerveuses dont l'influence sur la descendance n'est pas douteuse, mais qui ont changé de forme en se transmettant; il s'agit alors d'*hérédité dissemblable* : ce sont là faits bien connus. Enfin il arrive souvent que dans la lignée ancestrale des sujets affectés de psychoses ou de névroses diverses on décèle, associés ou non à des états névropathiques ou alternant avec eux, des troubles ou des maladies qui relèvent de la diathèse arthritique, tels que la goutte, la gravelle, le diabète. C'est encore un fait d'observation courante et rien n'est mieux établi que la réalité de cette hérédité de *transformation*. On admet ainsi que les maladies nerveuses proprement dites et les maladies de nature arthritique sont susceptibles de s'engendrer mutuellement en passant d'une génération à celles qui lui succèdent. On voit donc que l'hérédité neuro-arthritique peut se manifester suivant des modes de transmission fort différents, et il faut ajouter, avec des intensités très variables. Tantôt en effet l'hérédité morbide suffit à elle seule pour donner naissance à telle ou telle affection nerveuse, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle semble n'agir qu'à titre de cause prédisposante et l'intervention des causes provocatrices ou accidentelles doit la seconder. Ces don-

nées générales sont aujourd'hui de notion banale : en elles se résument à peu près les rapports de l'hérédité et des maladies nerveuses tels qu'on les connaît actuellement. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'elles offrent au point de vue pratique un immense intérêt. Aussi importe-t-il qu'elles soient toujours présentes à l'esprit du médecin, soit qu'il se propose d'empêcher par des mesures d'hygiène préventive les effets d'une hérédité menaçante, soit qu'il ait à déterminer, problème parfois difficile, la part des causes accidentelles et celle des tares transmises dans la pathogénie souvent complexe de la maladie confirmée. Nous avons donc à nous demander ici quel est précisément le rôle de l'hérédité neuro-arthritique dans le développement de la neurasthénie. On peut à ce propos, malgré leur très grande diversité, ranger les faits en trois groupes :

a. Il y a des cas dans lesquels l'action de l'hérédité s'exerce seule et suffit à provoquer le développement de la névrose. Certains sujets issus de familles tarées sont, dès la naissance, en état de continuelle imminence de neurasthénie. Leur système nerveux se fatigue au train même d'une vie régulière et paisible et ils sont appelés à verser pour ainsi dire fatalement dans la névrose. Cette forme héréditaire de l'épuisement nerveux qui

apparaît en dehors des causes communes de la maladie, est à la vérité peu fréquente, mais elle est intéressante à connaître. Elle présente en effet une évolution un peu spéciale ; elle est généralement précoce ; elle se montre d'habitude à l'époque de la puberté, quelquefois même avant ; elle est particulièrement tenace ; c'est pourquoi il importe de la reconnaître dès les premiers signes du début, car c'est seulement à sa période initiale qu'il est possible d'en enrayer le développement en imposant aux jeunes malades les règles d'une hygiène appropriée à leur état.

b. Dans la majorité des cas l'hérédité neuro-arthritique n'intervient qu'à titre de cause prédisposante. Elle prépare le terrain sur lequel une cause accidentelle légère ou grave viendra faire éclore la neurasthénie. Les faits qui ressortissent à cette catégorie sont nombreux : l'on peut évaluer à 40 p. 100 environ la proportion des neurasthéniques dans les antécédents desquels on relève des tares héréditaires plus ou moins accentuées. A ce propos il convient de remarquer que les antécédents héréditaires des neurasthéniques sont en général moins chargés que ceux des sujets atteints de psychoses, de névroses graves ou même de maladies organiques du système nerveux. L'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale figurent rarement dans la généalogie

des neurasthéniques ; et bien souvent il est question seulement d'émotivité, de tendances hypocondriaques, de migraine, d'humeur irritable chez les ascendants des malades frappés d'épuisement nerveux. Il semble donc que parmi les maladies du système nerveux la neurasthénie soit une des moins assujetties à l'hérédité, et que, dans la plupart des cas, l'influence de ce facteur étiologique soit inférieure à celle des causes provocatrices ou occasionnelles. C'est ici le lieu de rappeler que l'hérédité neuro-arthritique n'est pas seule capable de prédisposer à la neurasthénie ; il en est de même des maladies infectieuses ou toxiques lorsqu'elles existent chez les générateurs au moment de la conception, ou chez la mère pendant la grossesse. C'est ainsi que la syphilis (Kowalewsky)[1], la tuberculose, l'impaludisme, l'alcoolisme, le saturnisme chez les parents, ont pu être incriminés avec raison dans un certain nombre de cas.

Éducation. — A côté des influences héréditaires nous devons signaler une autre cause prédisposante de premier ordre : *l'éducation défectueuse*. Les méthodes d'éducation vicieuses qui font naître ou laissent se développer chez les enfants les mauvais

1. Kowalewsky, *Centralblatt für Nervenheilk. und Psychiachie*, 1893.

penchants et les travers de caractère, peuvent, on le conçoit aisément, exercer une influence funeste sur leur énergie physique et morale. — Trop souvent, par l'incurie des parents ou des maîtres l'enfant, au lieu d'entrer dans la vie doué d'une volonté ferme et d'un jugement éclairé, est devenu un être capricieux, entêté, sans volonté forte, sans tenue morale. Lorsque à ces défauts s'ajoutent encore une instruction mal réglée, une éducation physique insuffisante ou nulle, le sujet est pour ainsi dire sûrement voué à toutes les défaillances dans la lutte pour la vie. Nous reviendrons ultérieurement sur cette délicate question de l'éducation envisagée comme cause de débilité nerveuse quand nous chercherons à établir les règles d'hygiène prophylactique auxquelles doivent être soumis les sujets que leur hérédité prédispose à la neurasthénie.

CHAPITRE III

CAUSES PROVOCATRICES OU DÉTERMINANTES

Nous venons de voir que l'hérédité nerveuse ou arthritique, lorsqu'elle s'exerce, pour ainsi dire, à dose massive, est capable de créer à elle seule la neurasthénie, mais que, dans la très grande majorité des cas, elle borne son action à préparer le terrain sur lequel les causes accidentelles ou provocatrices font éclore ultérieurement la maladie. Le rôle positif des tares héréditaires dans la genèse des états neurasthéniques étant ainsi défini, il importe de rappeler que son intervention n'est nullement nécessaire. La neurasthénie peut en effet se développer chez un individu jusque-là tout à fait indemne, en dehors de tout vice originel, par la seule action des causes déterminantes que nous allons maintenant envisager.

Surmenage cérébral. — L'étude des causes générales de l'asthénie nerveuse nous a déjà fait pressentir que le surmenage cérébral est un des facteurs

les plus puissants de cet état. Or l'examen des faits particuliers, des observations individuelles vient corroborer de tous points cette assertion. Tous les observateurs s'accordent en effet à reconnaître que le fonctionnement exagéré du cerveau est une des causes les plus efficaces, sinon la plus efficace, de l'épuisement nerveux. Mais le terme *surmenage cérebral* est vague parce qu'il est trop compréhensif. Il est évident qu'on peut surmener le cerveau de bien des manières, et comme parmi les modes de l'activité cérébrale il en est qui sont particulièrement aptes à produire la neurasthénie, il est nécessaire, pour bien préciser le rôle du surmenage mental dans la genèse de l'affection que nous visons, de grouper les faits en catégories naturelles et de les examiner séparément. Au point de vue qui nous occupe, il convient d'envisager les effets du surmènement cérébral dans la sphère des facultés intellectuelles et dans la sphère des facultés affectives.

Il est certain qu'un travail intellectuel intensif ou trop longtemps prolongé peut faire apparaître même chez un homme énergique et bien équilibré des symptômes d'ordre neurasthénique, tels que l'insomnie, la dyspepsie, la céphalée, etc. Les grands travailleurs, les savants, les littérateurs, les jeune gens qui se préparent à des examens, à

des concours de carrière tombent parfois, après une période de labeur excessif, dans un état de dépression cérébrale mêlé de quelques symptômes d'excitation et qui les oblige à interrompre leur effort cérébral. Mais en général les formes de neurasthénie qui se développent dans ces conditions ne sont ni persistantes ni graves. Il suffit le plus souvent de quelques jours de repos, d'un séjour à la campagne ou d'un traitement hydrothérapique de courte durée pour rétablir l'équilibre du système nerveux, et amener la disparition des symptômes. C'est que, en réalité, le travail intellectuel est parmi les causes de neurasthénie une des moins redoutables. L'homme qui sans inquiétude, sans autre souci que celui de la recherche, se livre même avec passion à des études purement spéculatives, n'est guère exposé à verser dans la neurasthénie. S'il apporte à son travail une ardeur trop vive ou s'il prolonge outre mesure son effort, il en résultera pour lui un état de fatigue plus ou moins profonde suivant le degré de résistance de son cerveau, et rien de plus; la fatigue et la gène du fonctionnement cérébral qui la suit, mettront d'elles-mêmes un terme à ce surmènement ou du moins le contiendront dans de justes limites: l'épuisement nerveux qui aura pu en résulter sera en pareil cas rapidement réparable. On peut donc

affirmer, selon nous, qu'à de très rares exceptions près, le surmenage intellectuel proprement dit est incapable d'engendrer une neurasthénie persistante, si toutefois les tares héréditaires ou les passions dépressives ne viennent pas, comme il arrive le plus souvent, ajouter leur influence fâcheuse à l'excès du travail intellectuel. Les passions dépressives constituent en effet pour les centres nerveux une source de fatigue, une cause d'usure bien autrement puissante que le travail cérébral. Mosso l'a démontré expérimentalement, et il a fait voir que les émotions exercent une action beaucoup plus manifeste sur la circulation encéphalique que le travail intellectuel, quelque grande que soit son énergie. A la vérité, si la neurasthénie est surtout fréquente dans les classes cultivées et chez les individus adonnés aux professions qui exigent un labeur intellectuel habituel et soutenu, ce n'est pas à l'effort cérébral lui-même, mais bien plutôt aux préoccupations morales, plus communes et surtout plus vivement ressenties dans certaines conditions sociales, qu'il faut attribuer le mal. Le travail cérébral qui surmène et épuise est celui qu'accompagnent le souci du lendemain, la préoccupation vive d'un but à atteindre, la crainte d'un insuccès ou d'un échec, qu'il s'agisse d'affaires industrielles ou commerciales où est engagée la

fortune, d'un examen ou d'un concours d'où dépend l'avenir. En pareille circonstance le rôle du labeur proprement dit dans la pathogénie de la névrose nous semble être à peu près nul ou au moins très accessoire; la véritable cause de l'épuisement nerveux, c'est l'inquiétude et l'anxiété au milieu de laquelle ce labeur a été accompli, ce sont les préoccupations morales qui l'ont précédé, accompagné ou suivi. Il faut encore tenir compte des conditions physiques défectueuses dans lesquelles vivent la plupart des sujets que leur état social oblige à un travail cérébral plus ou moins intensif. Si l'on ne prenait soin en effet de faire la part des éléments étiologiques qui sont connexes au prétendu surmènement cérébral, on courrait le risque d'exagérer singulièrement le rôle de ce dernier. C'est l'erreur que nous semblent avoir commise les pédagogues ou les médecins qui, dans ces derniers temps surtout, ont mis en relief les méfaits de ce qu'on est convenu aujourd'hui d'appeler le *surmenage scolaire*. Il est nécessaire que nous disions quelques mots de ce dernier.

Surmenage scolaire. — La question du surmenage scolaire se rattache étroitement à celle des excès de travail intellectuel envisagés comme causes de neurasthénie. Depuis une dizaine

d'années elle occupe une place importante dans les préoccupations des hygiénistes. Elle a été l'objet dans la presse, dans les Académies et même au sein des Parlements de divers pays, de discussions fort vives, et le mouvement d'opinion qui s'est fait autour d'elle a eu pour résultat l'amélioration sensible de notre système scolaire. Mais il s'en faut que la réforme soit encore satisfaisante et complète. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet lorsque nous tenterons d'indiquer les règles d'hygiène qui devraient régir l'éducation physique et morale des enfants, surtout de ceux qui sont héréditairement prédisposés à l'épuisement nerveux. Nous nous bornerons à examiner le rôle du surmenage intellectuel proprement dit dans le développement des syndromes neurasthéniques que présentent parfois les écoliers.

L'influence fâcheuse du surmenage cérébral et intellectuel dans les écoles a été certainement exagérée. On peut même se demander s'il existe vraiment et si les enfants sont capables de *surmener* leurs facultés intellectuelles.

Il est certain que la santé physique et morale de beaucoup d'élèves de lycées et collèges laisse grandement à désirer et qu'il en est parmi eux qui présentent des symptômes manifestes d'épuisement nerveux. Les médecins qui ont étudié les signes

de la fatigue attribuée au surmenage cérébral, chez les jeunes écoliers, remarquent qu'elle se manifeste sous deux formes : l'une répond à des symptômes d'excitation morbide, tel que l'insomnie, l'irritabilité du caractère, le rire nerveux, des palpitations; l'autre, qui succède généralement à la première, à des signes de paresse intellectuelle, d'inaptitude au travail. Elle se traduit par des bâillements, des besoins fréquents de dormir, l'impuissance à fixer l'attention, par une expression de langueur et de tristesse répandue sur le visage qui est pâle et aux traits tirés.

On a produit des statistiques. Sur un total de 588 élèves appartenant aux classes moyennes d'enseignement secondaire, Nesteroff[1] a trouvé que 30 p. 100 de ces sujets présentaient des symptômes de neurasthénie tels que palpitations, céphalée, insomnie, névralgies rebelles. Il a noté que la proportion des écoliers atteints était d'autant plus forte que la classe à laquelle ils appartenaient était plus élevée :

Classe préparatoire	8 p. 100.
Première classe	15 —
Deuxième —	22 —
Troisième —	28 —
Quatrième —	44 —

1. *Die moderne Schule und die Gesundheit* (Zeitschr. f. Schulen Gesundheit, 1890).

Cinquième classe	....	27 p. 100.
Sixième —	....	58 —
Septième —	....	64 —
Huitième —	....	89 —

En supposant, ce qui pourrait aisément être contesté, que les troubles nerveux qui ont servi de base à ce dénombrement soient tous de nature neurasthénique, il nous paraît impossible d'admettre que le surmenage cérébral soit le seul agent responsable.

Il est évident que le surmenage n'existe guère dans les écoles primaires. Dans l'enseignement secondaire il n'existe sans doute que pour un petit nombre des élèves, ceux qui veulent occuper et garder les premiers rangs ou ceux qui préparent un examen. Les élèves qui pèchent par excès de zèle sont rares : la plupart protègent d'eux-mêmes leur santé cérébrale en se refusant spontanément à tout excès de travail. C'est ce qu'a fait très justement ressortir Galton[1] dans son intéressante étude sur la fatigue cérébrale des jeunes écoliers : « C'est parmi ceux qui sont zélés et vifs, dit-il, qui ont des aspirations d'un ordre élevé, qui se savent bien doués mentalement et sont trop généreux pour penser beaucoup à leur propre santé, qu'on trouve le plus fréquemment les victimes de l'excès

1. Galton. *Revue scientifique*, 1889.

de travail. » Or la très grande majorité des écoliers des classes moyennes sont dépourvus de ces qualités exceptionnelles. Ils cessent tout simplement de travailler quand ils sont fatigués et poussent rarement le labeur jusqu'à la fatigue véritable. Ce n'est qu'à l'âge de seize, dix-sept et dix-huit ans, quand il s'agit de passer des examens ou des concours pour être admis dans une école spéciale, que les jeunes gens peuvent commettre de véritables excès de travail cérébral. Le surmenage dans la sphère des facultés intellectuelles se produit seulement par des efforts de volonté dont les enfants sont incapables (Charcot). Si donc l'on envisage dans sa totalité la population des lycées et collèges, on voit qu'elle échappe presque tout entière, malgré la surcharge des programmes d'instruction, à l'influence fâcheuse du surmenage intellectuel, et que seuls les adolescents en qui se sont développés la volonté et le sentiment d'un but à atteindre sont capables de se surmener jusqu'à un véritable épuisement nerveux.

La plupart des troubles du système nerveux qu'on observe chez les enfants, chez les écoliers de tout âge et que l'on a voulu mettre sur le compte du surmenage cérébral sont bien plus l'effet des conditions d'hygiène défectueuses dans lesquelles vivent les élèves soumis à la règle néfaste

des internats : la trop longue durée des études et des classes et partant la sédentarité exagérée, le séjour prolongé dans une atmosphère viciée qui va s'altérant de plus en plus avec la durée du travail, les pratiques de l'onanisme, le défaut d'exercice physique, l'insuffisance des heures de sommeil. C'est d'ailleurs à cette conclusion que se sont rangés la plupart des neurologues qui ont étudié avec quelque soin la neurasthénie chez les écoliers des lycées et des collèges (Hasse, Kraft-Ebing, Meynert, von Hössling).

Surmenage moral. — Les passions dépressives, c'est-à-dire le chagrin, l'anxiété, les déceptions, le remords, l'amour contrarié, en un mot, tous les états de tristesse et d'inquiétude, voilà quelles sont le plus souvent les causes de l'épuisement nerveux.

Le surmenage moral, sous ses multiples formes, est à coup sûr le facteur le plus puissant et aussi le plus répandu de la neurasthénie. Nous avons noté qu'il associait presque toujours son influence toujours néfaste à celle moins active et plus incertaine du surmenage intellectuel et qu'une bonne part des méfaits attribués à ce dernier lui appartenait. On pourrait appliquer la même remarque aux autres causes de la neurasthénie de quelque nature qu'elles soient. Tous les médecins

qui ont l'occasion de voir un grand nombre de neurasthéniques, et qui prennent soin de s'enquérir des circonstances au milieu desquelles est apparue la maladie, savent qu'il est bien peu d'états d'asthénie nerveuse, à l'origine desquels on ne découvre quelque peine morale: on pourrait affirmer sans exagération que la plupart des neurasthéniques ont été plus ou moins touchés au point de vue *affectif*. Parmi les causes de passions dépressives, qui interviennent si souvent dans l'espèce, il faut citer surtout la mort des enfants, les deuils, les revers de fortune, les soucis de la vie matérielle. On conçoit aisément que les causes de cet ordre exercent leur action dans toutes les classes de la société. Aussi la plupart des cas de neurasthénie observés dans les classes pauvres et notamment dans la clientèle hospitalière, qui échappe évidemment aux autres modes de surmenage cérébral, se rattachent-ils à cette origine.

Vie mondaine. — La vie mondaine doit figurer parmi les causes possibles du surmènement. Non qu'elle exige nécessairement une dépense exagérée d'activité cérébrale: mais elle expose ceux qui la mènent à des sources multiples de fatigue. Bien qu'elle soit surtout à la portée des oisifs, elle

laisse peu de temps pour les loisirs reposants du *chez soi* et pour les distractions calmes et réconfortantes du *home*. Il n'y a pas, a-t-on dit, de gens plus occupés que ceux qui ne font rien; cet aphorisme est plus vrai que ne porterait à le penser son apparence paradoxale. On n'aura pas de peine à s'en convaincre en se représentant ce qu'est l'existence, dans le milieu parisien surtout, des personnalités *lancées*, comme on les appelle dans l'argot courant. Le mondain, la mondaine surtout, sont absorbés tout le jour par les exigences que leur imposent les conventions et le vain souci de leur réputation : les visites, les dîners, les bals, les soirées leur font une vie de continuelle contrainte, d'obligations sans répit. La mode, qui pour l'heure a introduit chez nous la tendance à copier les habitudes anglaises, et qui momentanément (car toute mode est passagère) a fait entrer dans les mœurs des gens *select* le goût des promenades au grand air et des exercices de sport dans la matinée, atténue, il faut le dire, dans une certaine mesure, les inconvénients sérieux d'un genre d'existence contraire à toutes les règles de l'hygiène. Elle les atténue, mais ne les supprime pas. Si l'on réfléchit aux conditions de la vie mondaine telle qu'elle se pratique chez nous (et M. Melchior de Vogüé a montré qu'à cet égard la Russie n'avait rien à

nous envier), aux excitations de toutes sortes dont elle est l'occasion, aux fatigues physiques qu'elle entraîne et qui résultent presque fatalement de l'habitude des repas trop longs et trop copieux, dans des salles souvent surchauffées, des longues veillées, de l'insuffisance du sommeil, au moins du sommeil pris aux heures régulières, on ne s'étonnera pas qu'elle soit fréquemment la cause du développement de l'asthénie nerveuse. On le comprendra d'autant mieux que cette existence tout artificielle et factice entraîne presque nécessairement à sa suite une sorte de surmenage moral qui résulte des efforts mesquins faits pour réaliser les fantaisies de la vanité, ou des vexations d'amour-propre qu'occasionne l'incomplète satisfaction de ces fantaisies. Rien n'est énervant, rien n'est propre à déséquilibrer le système nerveux et à l'affaiblir comme l'unique préoccupation de la recherche du plaisir et de la satisfaction des désirs les moins élevés et les moins nobles. Le souci du rôle utile que chacun peut remplir dans son milieu suivant ses aptitudes et ses facultés n'est pas seulement un élément de moralisation, c'est à certains égards une condition de santé, et la neurasthénie est souvent la légitime mais regrettable rançon de l'inutilité, de la paresse ou de la vanité.

Surmenage musculaire. — Le surmenage musculaire est-il, lui aussi (et à lui seul), capable de l'engendrer? La chose ne nous semble pas absolument démontrée. Les exemples qu'on cite sont rares, si toutefois, ce qui doit être, l'on a soin de ne faire entrer en ligne de compte que les cas dans lesquels un travail musculaire excessif paraît être le seul facteur étiologique qui puisse être incriminé. Pour notre part, nous n'avons observé aucun fait de cet ordre, mais on en trouve de-ci de-là dans les auteurs. Tel est le cas dont Bouveret a relaté l'histoire et qui concerne un forgeron, employé depuis dix ans dans un atelier de métallurgie à des travaux particulièrement pénibles qui exigeaient une dépense de force musculaire considérable. Cet homme ne présentait aucun symptôme d'affection organique des centres nerveux; mais il se plaignait d'une douleur sourde et continue au front et à la nuque; il avait de l'insomnie et une faiblesse telle qu'après quelques minutes de marche il se sentait comme épuisé. En outre, il était devenu impressionnable au point d'être pris de tremblement à l'occasion de la plus légère émotion. Cette observation paraît probante; mais elle le serait plus encore si l'on y avait mentionné qu'aucune inquiétude, aucune préoccupation vive, aucun choc moral n'avaient pour leur part, en dehors du sur-

menage physique, contribué à déprimer cet ouvrier robuste et aidé au développement de sa maladie. A cet égard nous avons récemment recueilli le fait suivant qui ne manque pas d'intérêt. Il concerne un jeune maître d'armes qui présentait tous les signes d'un état neurasthénique confirmé. Comme cet homme avait ressenti les premières atteintes de son mal à la suite d'une série d'assauts violents et prolongés, on crut devoir l'attribuer, ainsi qu'il le faisait lui-même, à l'excès de fatigue musculaire qu'il s'était imposé. Mais en interrogeant le malade on apprenait que le travail musculaire excessif auquel il s'était livré avait eu lieu comme préparation à un tournoi d'escrime dont l'issue importait au haut plus degré. Durant les jours qui précédèrent l'assaut public où il devait figurer, ce jeune homme avait été dans un état de surexcitation telle qu'il avait perdu l'appétit et le sommeil. L'épreuve ayant tourné à son désavantage, il en conçut un vif chagrin, devint triste, abattu, sujet à des maux de tête fréquents ; il en vint à s'inquiéter de plus en plus de son état et en fin de compte versa dans la neurasthénie confirmée. Il est évident que dans ce cas le surmenage physique semble au premier abord avoir été la cause unique de l'épuisement nerveux ; et pourtant tout autorise à avancer que la préoccupation inquiète où le

malade vécut dans l'attente d'une épreuve très importante pour lui, et que le découragement qui suivit l'insuccès, ont joué quelque rôle, vraisemblablement le rôle essentiel et peut-être le rôle unique, dans la genèse de ce cas de neurasthénie. Nous avons tenu à citer ce fait parce qu'il montre clairement combien il est facile, à défaut d'une enquête attentive, d'attribuer à tel ou tel élément étiologique et, dans le cas présent, au surmenage musculaire, une influence pathogénique qu'en réalité il ne possède pas. Il nous semble que cette remarque est applicable au petit nombre de faits de neurasthénie par surmenage musculaire, publiés jusqu'à ce jour. En somme, il ne nous paraît pas démontré que l'activité exagérée des centres moteurs et des muscles puisse produire un épuisement nerveux durable. Les cas de cet ordre, s'ils existent, doivent être certainement très rares.

Intoxications. — Les intoxications, ou du moins l'usage abusif, habituel et prolongé des substances toxiques, figurent incontestablement parmi les facteurs étiologiques de la neurasthénie. A cet égard il faut citer en première ligne les abus d'alcool, de tabac, l'usage de la morphine et de la cocaïne, que ces substance soient absorbées par la voie gastrique ou par la voie sous-cutanée.

Mais en ce qui concerne l'action de ces substances sur le système nerveux, il est nécessaire de s'entendre. On sait que certains poisons, l'alcool surtout, la cocaïne, exercent sur le cerveau et la moelle des effets en quelque sorte spécifiques, en vertu desquels ces organes réagissent de façons diverses suivant la nature des agents toxiques qui les ont impressionnés : les hallucinations de l'alcoolique ne sont pas les mêmes que celles du cocaïnique; la symptomatologie de la morphinomanie diffère, est-il besoin de le dire, de celle du tabagisme. Or la neurasthénie, quand elle relève d'une ou plusieurs des intoxications dont nous venons de parler, ne présente pas de physionomie spéciale en rapport avec la cause qui l'a produite.

Ce qui paraît démontrer que si les substances toxiques sont capables d'amener l'asthénie nerveuse, c'est en vertu d'une action générale et peut-être détournée sur le système nerveux, bien différente de leur action spécifique.

Et, de fait, il semble, en pareil cas, que les troubles digestifs, ceux de la nutrition, du sommeil, qui sont communs chez les gens qui abusent des poisons, que l'état moral particulier de la plupart de ces derniers, ne soient pas étrangers à la genèse de l'état neurasthénique.

Il faut encore citer parmi les intoxications qui

quelquefois provoquent cet état, certaines intoxications professionnelles et notamment les intoxitions saturnine, mercurielle, sulfo-carbonée. Mais dans les faits de cet ordre, on le sait, les accidents de nature hystérique s'associent le plus habituellement aux symptômes de la neurasthénie, on a alors affaire à l'hystéro-neurasthénie dont les poisons que nous venons d'énumérer sont de puissants agents provocateurs.

Maladies infectieuses et organiques diverses. — On sait combien les maladies infectieuses sont capables de troubler par des processus tantôt délicats et tantôt grossiers la nutrition du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs. Par les troubles vasculaires qu'elles déterminent, par les toxines qu'elles jettent dans l'organisme, elles compromettent fréquemment l'intégrité anatomique et fonctionnelle des éléments nerveux. Aussi la plupart des auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie ont-ils rangé les états infectieux au nombre de ses causes les plus efficaces (Beard, Hamilton, Berger).

La fièvre typhoïde, la grippe et la malaria ont été particulièrement incriminées. C'est quelquefois dans le cours de la convalescence, mais le plus souvent alors que la santé générale des malades

semble être revenue à son état normal que l'on voit apparaître les premiers symptômes de la névrose. Nous ne nions pas que les infections diverses puissent créer de toutes pièces, en dehors de toute prédisposition héréditaire, un état neurasthénique bien caractérisé ; mais nous pensons que dans la majorité des cas la maladie infectieuse agit surtout à la manière d'une cause prédisposante en diminuant la résistance des centres nerveux, qu'elle rend ainsi plus vulnérables. Si l'on interroge avec soin les malades de cette catégorie, on s'aperçoit fréquemment que la neurasthénie n'est apparue chez eux qu'après qu'une émotion, une frayeur, des chagrins étaient venus ébranler le cerveau de ces convalescents. Cela est vrai surtout pour la syphilis (Fournier), la blennorragie, les maladies vénériennes en général, qui sont autant de facteurs puissants de neurasthénie, mais qui agissent surtout par l'intermédiaire de la crainte, de l'angoisse, de l'état d'inquiétude où elles jettent la plupart des sujets qu'elles atteignent. Il en est de même de la tuberculose, du mal de Bright, des cardiopathies. Ce ne sont là que des causes accessoires qui sans doute ne suffiraient pas à créer la névrose si elles n'étaient en même temps pour les sujets qu'elles touchent, une source de terreurs, de pensées tristes et de préoccupations pénibles. Toutefois il ne fau-

drait pas exagérer le rôle de l'élément moral dans la genèse de la neurasthénie; et il ne nous semble pas douteux que certaines maladies infectieuses puissent exceptionnellement engendrer l'affection de toutes pièces. C'est du moins le cas de l'influenza dont les affinités pour le système nerveux sont bien connues et qu'on retrouve fréquemment à l'origine de la neurasthénie.

Charcot a montré que cet état morbide associait parfois comme l'hystérie ses symptômes à ceux des maladies organiques du système nerveux. Il n'est pas rare en effet de voir des états neurasthéniques bien caractérisés associés au tabes spasmodique, à la sclérose en plaques ou à l'ataxie locomotrice, ou même à la paralysie générale (Régis).

Ici encore il nous paraît plus juste d'accuser les préoccupations morales, la tristesse profonde qu'entretient dans un esprit cultivé la pensée d'une maladie grave et incurable, que de supposer on ne sait quelle vague influence exercée par les lésions spinales sur les autres centres nerveux et produisant par une sorte d'action à distance le trouble léger d'où procèdent les symptômes de l'épuisement nerveux.

Frayeurs et traumatismes. — La neurasthénie se développe parfois sous l'influence immédiate d'une

émotion intense et subite et plus particulièrement d'une vive frayeur. Cet état émotionnel est capable en effet de provoquer en quelques jours et même en quelques heures l'apparition des symptômes caractéristiques de l'épuisement nerveux. Tous les auteurs qui ont écrit sur les causes de la neurasthénie et sur la pathologie des émotions ont vu et relaté des faits de cet ordre.

C'est à la frayeur occasionnée par les circonstances souvent dramatiques de l'accident qu'on doit rapporter la plupart des cas de neurasthénie dite *traumatique*. Nous dirons plus loin quelques mots de cette forme de l'affection, qui s'observe surtout à la suite de grands ébranlements provoqués par des catastrophes publiques (accidents de chemin de fer, tremblements de terre, etc.). Le choc moral dans ces cas joue un rôle bien plus important que le choc physique: la preuve en est que ce n'est pas chez les individus les plus gravement meurtris que l'affection se développe.

Dyspepsies. — Troubles génitaux. — Affections utéro-ovariennes. — C'est une opinion très généralement acceptée que certains états dyspeptiques, certains troubles génitaux et, chez la femme, les affections utéro-ovariennes sont parfois le point de départ, la cause première de la neurasthénie. On a

édifié sur ces données un certain nombre de théories pathogéniques que nous exposerons ultérieurement en un chapitre spécial. Comme des troubles du même ordre, intéressant les mêmes appareils (estomac, intestins, organes génitaux), font partie intégrante du tableau clinique de la maladie, la discussion de leurs rapports avec les états neurasthéniques trouvera sa place naturelle à la suite de la description des symptômes et des formes de la neurasthénie.

Résumé. — Au terme de cette rapide étude analytique des causes de la neurasthénie, jetons un coup d'œil en arrière sur les développements dans lesquels nous venons d'entrer afin de les résumer et d'en montrer par avance et brièvement la portée pratique.

Toutes les causes que nous avons énumérées n'ont ni la même efficacité ni la même fréquence. La cause prédisposante par excellence, celle qui dans le plus grand nombre des cas prépare le terrain et facilite l'action des éléments étiologiques occasionnels, c'est l'*hérédité neuro-arthritique*.

Son intervention, pour commune qu'elle soit, n'est cependant pas indispensable. Il n'est pas douteux que la neurasthénie puisse être créée de toutes pièces : on peut même dire qu'elle constitue

l'une des portes d'entrée, peut-être la principale, par lesquelles on pénètre dans l'hérédité pathologique ; c'est le premier rameau de l'arbre généalogique, aux branches nombreuses et touffues, qui représente la famille névropathique.

A la suite de l'hérédité et après elle viennent : la *mauvaise éducation*, qui permet aux tares originelles de se développer librement et jette dans la vie des sujets mal préparés à la lutte, physiquement et moralement déprimés ; la *puberté* avec les sensations nouvelles, les préoccupations et les appétits qu'elle fait naître, et qui mal réglés, peuvent troubler profondément l'équilibre nerveux.

Puis interviennent toutes les causes occasionnelles, faibles ou puissantes, brusques ou durables, suffisantes ou secondaires, mais qui toutes ont pour effet commun d'affaiblir le système nerveux ou d'en vaincre la résistance : mauvaise hygiène, soucis exagérés des affaires, excès de travail, préoccupations de l'ambition, abus d'alcool et de tabac, maladies aiguës ou chroniques, affections utéro-ovariennes chez la femme, chocs traumatiques, et par-dessus tout les *passions dépressives*.

Cette étude des causes de la neurasthénie est appelée à nous donner la clef des indications à remplir au point de vue de l'hygiène prophylactique de l'affection. Mais il ne faut pas perdre de

vue que, dans la réalité, les facteurs étiologiques qui interviennent sont presque toujours multiples. Ce n'est pas la partie la plus aisée de la tâche du médecin que de déceler parmi ces facteurs les principaux et les accessoires, et cependant il ne faut pas perdre de vue que, de la détermination du rôle qui revient à chacun d'eux, dépend en grande partie l'hygiène à instituer et la thérapeutique à prescrire.

TROISIÈME PARTIE

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES DE LA NEURASTHÉNIE

CHAPITRE I

TABLEAU GÉNÉRAL

Les troubles fonctionnels dont se plaignent les neurasthéniques sont à la fois très nombreux et très variés. En s'associant de cent manières différentes, ils réalisent, suivant les cas, des syndromes cliniques d'une diversité très grande. De plus chaque symptôme de la série neurasthénique, considéré isolément, se montre dissemblable d'un cas à l'autre : atténué au point d'être à peu près négligeable chez tel malade, accentué et inquiétant chez tel autre, absent chez un troisième. Il suit de là que pour être en mesure de réglementer convenablement l'hygiène thérapeutique de chaque sujet,

le médecin doit, par une enquête attentive, dresser au préalable le bilan des troubles fonctionnels que celui-ci présente et reconnaître la valeur de chacun d'eux. Parmi les troubles, il en est en effet de peu d'importance et qu'on est en droit de négliger : par contre, il en est qui, en raison de leur intensité et de la fonction qu'ils intéressent (les troubles dyspeptiques entre autres), sont capables de retentir sur l'état général du malade et de contribuer pour une bonne part à l'entretien de l'épuisement nerveux. Nous sommes ainsi conduits à tracer dans cette étude non pas une description méthodique et complète des signes de la neurasthénie, mais un tableau suffisamment explicite des principales modalités que peuvent présenter les grands symptômes de la névrose et les diverses formes que celle-ci est susceptible de revêtir, chacune d'elles, ainsi que nous le verrons, étant appelée à fournir des indications thérapeutiques particulières. Or, dans la pratique, il n'est pas toujours commode de dégager la formule exacte de l'état neurasthénique d'un malade. En effet, on se heurte souvent à des difficultés qui proviennent du caractère subjectif des symptômes et de l'état mental du sujet.

Il est peu de malades dont l'examen exige autant de patience et de tact qu'en demande celui des neurasthéniques. En présence d'une symptoma-

tologie qui manque presque complètement de caractères objectifs, le médecin n'a d'autre moyen d'information que les dires, les doléances même du patient; or bien peu de sujets sont capables d'une observation précise et d'une appréciation exacte de leurs troubles fonctionnels. Au point de vue de l'habitus extérieur, on a coutume de ranger les neurasthéniques en deux groupes : ceux qui sont très déprimés, parlent peu et répondent mal aux questions qu'on leur pose, et ceux qui semblent excités et parlent trop.

Le neurasthénique *déprimé*, qu'il s'agisse d'un ouvrier victime d'un traumatisme ou d'un homme accablé par quelque affliction, se présente sous un aspect à peu près uniforme et qui frappe dès l'abord. Bouveret en a tracé une peinture fort exacte. « Le patient, dit-il, est pâle et amaigri, il est sans force et sans courage, toujours triste et abattu. Toutes les choses lui apparaissent par le mauvais côté. On le voit rarement sourire. Il va la tête baissée, évitant les regards, son œil est alangui, sans éclat. Il n'ose guère regarder en face celui qui lui parle, et le vague de son regard est comme un signe d'impuissance, un aveu de l'infériorité de sa force morale. Il a toujours la démarche d'un homme fatigué; il est généralement très sensible au froid et vêtu pendant l'été presque

comme pendant l'hiver; sa parole est lente, entrecoupée, traînante; ce neurasthénique n'est pas bavard... » Il l'est si peu que si quelque personne de son intimité l'accompagne, on le voit, dès les premiers mots que lui adresse le médecin, se tourner vers elle comme pour la solliciter de répondre pour lui; ainsi font souvent les paralytiques généraux. Si on le presse de répondre, de s'expliquer sur les causes de son mal, sur le siège de ses souffrances, il le fait brièvement en phrases courtes. « J'ai mal à la tête, j'ai mal à l'estomac, j'ai mal partout, je suis fatigué, je suis faible, je ne puis plus travailler. » Et l'on a grand'peine, du moins à un premier examen, à obtenir de lui quelques détails circonstanciés.

D'autres neurasthéniques se présentent avec toutes les apparences d'une santé parfaite. Ils ont de l'embonpoint, le teint frais, le regard assuré. Ils sont capables d'une certaine activité. Ils ont le geste vif, la parole facile, et dès les premiers mots de l'interrogatoire se lancent avec entrain, on dirait avec plaisir, dans un interminable récit de malaises, de sensations pénibles, quelquefois de douleurs, qui font contraste avec leur bonne mine. Il n'inspirent guère la pitié et passent généralement parmi les personnes de leur entourage, témoins de la variabilité de leur humeur et des

symptômes qu'ils accusent, pour des malades imaginaires. A en juger par la description de Beard, cette variété de neurasthéniques semble être particulièrement fréquente chez les Américains du Nord. C'est dans cette catégorie de malades que se rencontre le plus souvent le type que Charcot a marqué d'une appellation pittoresque, « l'homme aux petits papiers ». Celui-là s'imagine que le médecin « comprendra mal » son état s'il ne lui fait connaître jusqu'au plus petit symptôme de son affection; il a peur d'oublier quelque détail qui pourrait bien avoir son importance; il connaît les défaillances de sa mémoire et doute de ses facultés, ou bien il s'est rendu compte dans des consultations antérieures que le récit de ses maux exigeait trop de temps, et on le voit en présenter dès l'abord, ou après quelque discours, le relevé manuscrit sous forme de liste ou de description compliquée.

Entre ces deux types extrêmes de neurasthéniques que nous venons d'esquisser, il y a, on le conçoit aisément, une foule d'intermédiaires qu'il nous est impossible de décrire ici. D'ailleurs quel que soit le genre auquel ils appartiennent, qu'ils soient excités ou déprimés, les neurasthéniques, même les plus intelligents, qu'ils parlent ou qu'ils écrivent, tracent presque toujours de leurs

troubles fonctionnels une description incohérente et diffuse que le médecin ne doit accepter qu'après en avoir contrôlé les éléments par une enquête attentive. Les uns décrivent minutieusement, avec une insistance qui ne se lasse point, quelques symptômes d'ordre secondaire et signalent à peine ceux d'une réelle importance. D'autres parlent abondamment de leur céphalée, de leur faiblesse musculaire, mais ils cachent volontiers leur émotivité, leurs craintes puériles, leurs états d'anxiété, et l'impuissance de leurs facultés intellectuelles, tous symptômes dont l'aveu déplaît à leur amour-propre.

La conduite à tenir vis-à-vis de ces malades est donc très délicate pour qui veut acquérir la connaissance exacte de leur état pathologique. Il importe tout d'abord de gagner leur confiance en écoutant patiemment, comme avec intérêt, le long et confus récit de leurs souffrances. On peut ensuite fixer leur attention sur tel ou tel trouble fonctionnel, et obtenir des renseignements précis sur les caractères et l'intensité de ce symptôme. En procédant ainsi par des interrogatoires méthodiques, prudemment dirigés et souvent répétés, le médecin pourra contrôler peu à peu les dires du patient, séparer le vrai du faux et démêler, en les groupant suivant leur importance clinique, les

symptômes marquants parmi ceux d'ordre secondaire.

Il convient dans chaque cas de rechercher et d'étudier en premier lieu les symptômes qui sont caractéristiques de l'épuisement nerveux et qu'on peut appeler fondamentaux.

CHAPITRE II

PRINCIPAUX SYMPTOMES OU STIGMATES DE LA NEURASTHÉNIE

Dans l'ensemble des phénomènes morbides que présentent les neurasthéniques, il est un certain nombre de symptômes que les cliniciens ont été conduits à distinguer, à placer en quelque sorte hors de pair et que les nosographes ont soin de mettre en relief dans leurs descriptions parce que ces symptômes sont en effet plus fréquents et plus caractéristiques que tous les autres. Comparables en cela à certains signes permanents et fondamentaux de l'hystérie, ils méritent bien la dénomination de *stigmates* de la neurasthénie que Charcot proposa de leur donner : ce sont la *céphalée*, la *rachialgie*, l'*asthénie neuro-musculaire*, la *dyspepsie par atonie gastro-intestinale*, l'*insomnie*, et enfin la *dépression cérébrale* qu'accompagnent parfois des accidents mentaux particuliers. Les symptômes cardinaux se montrent en général dès le début de

l'affection; ils en constituent les premières manifestations et ne disparaissent qu'avec la maladie elle-même. Ils figurent toujours en totalité ou en partie dans le cortège des troubles fonctionnels, quelle que soit la forme clinique sous laquelle se réalise la neurasthénie et quelle que soit sa cause. Les stigmates neurasthéniques sont pour le clinicien des points de repère précieux. Du reste il n'est pas rare qu'ils existent seuls ou à peu près seuls et qu'ils s'associent en un syndrome clinique qui répond précisément à une des formes les plus communes de la maladie. Le médecin devra par conséquent s'attacher à rechercher l'existence de ces troubles fonctionnels primordiaux et à noter chez chaque malade leurs modalités, leurs variations. Quelques-uns d'entre eux, notamment les troubles des fonctions digestives, ceux de l'état mental pourront lui fournir, après une analyse judicieuse de leurs caractères, d'utiles indications au point de vue thérapeutique.

a. **Céphalée**. — C'est un symptôme commun et qui existe dans les trois quarts des cas. La céphalée des neurasthéniques a des caractères très spéciaux : elle n'est pas douloureuse au sens propre du mot. Il s'agit le plus souvent d'une sensation de pression, de plénitude ou de constriction qui à la longue

finit par exaspérer les malades. Il leur semble, disent-ils, qu'ils portent sur la tête une masse pesante ou bien une coiffure trop lourde et trop serrée. C'est ce que Charcot appelait le *casque neurasthénique*. Cette céphalée ne s'étend pas toujours à tout le crâne; elle se cantonne assez habituellement à l'occiput (*plaque occipitale*). Beaucoup de malades, en effet, lorsqu'on leur demande où siège leur souffrance, portent aussitôt la main à la nuque; ils incriminent le *cervelet*. D'autres fois elle se localise au front, aux tempes, au sommet de la tête. Certains neurasthéniques se plaignent surtout d'une sensation de pression, de serrement siégeant à la racine du nez ou sur les globes oculaires. D'autres accusent des sensations de vide ou de corps flottants dans la cavité cranienne. Il leur semble qu'ils ont dans l'intérieur du crâne comme un liquide qui se déplace en divers sens; ils perçoivent souvent, à l'occasion des mouvements de rotation de la tête, des craquements à la nuque, à la partie supérieure de la colonne vertébrale.

La céphalée neurasthénique se montre parfois continue, incessante, mais elle passe le plus souvent par des phases alternantes d'exaspération et d'apaisement qui se règlent en général de la façon suivante : le matin, dès qu'il s'est levé, le patient, frappé d'épuisement nerveux, souffre de la tête: sa

céphalée redouble surtout d'intensité quand il est à jeun, dans les moments qui précèdent le second déjeuner. Pendant le repas elle se calme et souvent même se dissipe complètement. Cet état de bien-être se prolonge ordinairement un quart d'heure, une demi-heure; à ce moment le travail de la digestion commence à se faire sentir avec tous les malaises qui l'accompagnent : la lourdeur de tête reparaît, d'abord violente, puis plus faible jusqu'au soir. Tout travail intellectuel, la lecture, la rédaction d'une lettre, une conversation tant soit peu prolongée, une émotion, le bruit, augmentent la céphalée. Durant les paroxysmes, les malades éprouvent quelquefois une hyperesthésie du cuir chevelu tellement vive qu'ils ne peuvent supporter l'attouchement des cheveux (Beard); ils accusent aussi des bourdonnements d'oreilles, des sensations de vertige. On n'aperçoit pas toujours la cause provocatrice des paroxysmes; ils surgissent parfois sans raison apparente et alternent avec des phases de répit plus ou moins prolongées, sans qu'on puisse se rendre compte des influences qui régissent ces variations.

b. **Rachialgie.** — Les sensations pénibles ou douloureuses que les neurasthéniques éprouvent dans le dos, le long de la colonne vertébrale, sont à

peu près semblables à celles qui constituent leur céphalée. La *rachialgie* toutefois est moins commune que la céphalée. Elle consiste habituellement en des sensations de pression, de tiraillement ou de gêne qui peuvent occuper les diverses régions de l'épine dorsale, mais qui siègent le plus souvent au niveau de la septième vertèbre cervicale, des vertèbres lombaires ou du sacrum. Cette dernière localisation est à coup sûr la plus fréquente (*plaque sacrée de Charcot*).

Cependant, la rachialgie peut se présenter sous d'autres aspects. Quelques malades accusent sur toute l'étendue de la colonne vertébrale une sensation de raideur vaguement douloureuse ou de courbature qui les gêne dans leurs mouvements. Ces sensations profondes, plus ou moins pénibles, s'accentuent généralement sous l'influence de la marche, de la station debout, des mouvements de flexion et de redressement du tronc, et chez les femmes au moment des époques. Parfois, elles s'accompagnent d'une véritable hyperesthésie de la peau; en pareil cas, en exerçant une pression même légère sur la crête des apophyses épineuses, on peut provoquer une douleur vive et comparable à la douleur vive lancinante des névralgies.

Lorsque la rachialgie se montre ainsi intense, réellement douloureuse et tenace, elle est fréquem-

ment annexée à des sensations de pesanteur dans les membres inférieurs, à des hyperesthésies des organes génito-urinaires. Ce sont ces cas qui ont été décrits par quelques pathologistes sous le nom d'*irritation spinale*; l'irritation spinale ne constitue point une espèce morbide distincte, mais une simple modalité clinique de l'épuisement nerveux.

c. **Asthénie neuro-musculaire.** — L'affaiblissement de l'énergie motrice est un des symptômes les plus communs de la neurasthénie. Il est peu de neurasthéniques, même parmi les moins déprimés, qui n'aient perdu une part notable de l'activité musculaire dont ils disposaient avant le début de leur maladie. Ce trouble fonctionnel, dans sa forme légère, consiste simplement en une sensation continuelle de fatigue qui existe le matin dès le réveil et que la plupart des malades accusent spontanément. A ce degré, elle n'empêche pas le patient de vaquer, tant bien que mal, à ses occupations quotidiennes. Lorsqu'elle atteint un degré plus élevé, le malade se plaint amèrement de sa faiblesse; il est incapable d'accomplir d'un trait quelque peu prolongé les actes les plus simples sans éprouver aussitôt une lassitude insurmontable. Rester debout, marcher, parler, est pour lui une cause de

fatigue. Il semble que sa réserve de force motrice soit tellement insuffisante qu'elle s'épuise au moindre effort; suivant la remarque de Beard, ces neurasthéniques sont toujours en imminence de fatigue musculaire : tout les abat. On comprend aisément que ce symptôme, lorsqu'il est quelque peu accentué, puisse troubler gravement l'existence des malades. Il en est que leur impuissance à se mouvoir réduit à abandonner l'exercice de leur profession.

Les recherches ergographiques auxquelles nous nous sommes livré avec Jean Philippe [1] nous ont permis de mettre en relief certains caractères objectifs de cette amyosthénie.

Lorsqu'on enregistre au moyen de l'appareil connu sous le nom d'ergographe de Mosso, les mouvements de l'index de la main droite exerçant une traction sur un fil à l'extrémité duquel est suspendu un poids, on constate que les résultats obtenus sont différents chez l'homme sain, chez les malades atteints pour une cause quelconque (myopathique, névritique ou myélitique) d'atrophie musculaire et chez le neurasthénique.

Chez le premier (individu sain, fig. 1) en faisant

1. G. Ballet et Jean Philippe. *Congrès des aliénistes et neurologistes.* Bruxelles, 1903, et *Société de Neurologie* de Paris, 5 novembre 1903.

travailler l'index jusqu'à fatigue complète, la hauteur du tracé exprimant l'énergie de la contraction

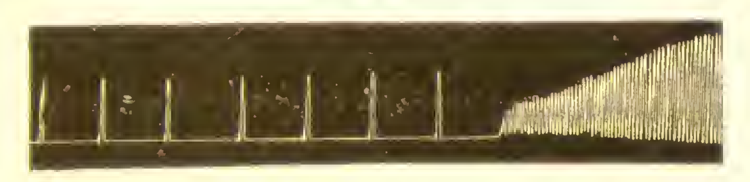


Fig. 1.

va en s'abaissant progressivement. Quand cette hauteur approche de 0, si l'on espace la contraction de l'index de dix secondes en dix secondes, on voit que le muscle fléchisseur, non seulement récupère sa puissance d'action, mais cesse de se fatiguer. Les tracés de chacune de ces contractions espacées sont sensiblement de même hauteur.



Fig. 2.

Chez les malades affectés d'atrophie musculaire les choses se passent de la même façon qu'à l'état sain avec cette différence seule que les muscles atrophiés étant capables d'un moindre effort, la ligne d'élévation du tracé est moindre (fig. 2).

Chez le neurasthénique (fig. 3) il en va autrement. Après le tracé d'épuisement, analogue à

celui du sujet sain, le muscle ou bien ne récupère pas sa puissance d'action, ou il ne la récupère que très lentement. En d'autres termes l'intervalle de dix secondes qui, chez un sujet sain ou atrophique,

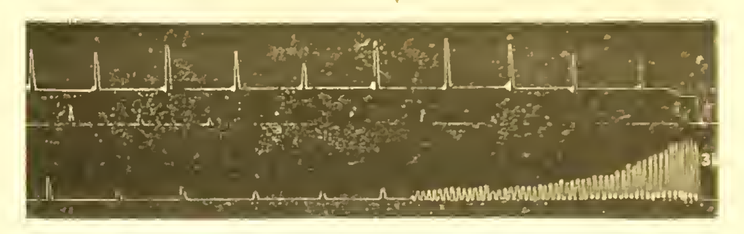


Fig. 3.

suffit à permettre au muscle d'éliminer la fatigue produite par la contraction précédente, est insuffisant chez le neurasthénique pour amener le même résultat. *La fatigue chez le neurasthénique est plus tenace que chez l'homme sain et même que chez le malade affecté d'atrophie musculaire.*

L'*amyosthénie* présente, dans un bon nombre de cas, cette particularité curieuse qu'elle semble se localiser à certains groupes musculaires, ou du moins ne se manifester qu'à l'occasion d'un certain nombre de mouvements. En voici quelques exemples frappants : un pianiste est atteint d'épuisement nerveux à la suite d'une émotion violente : entre autres symptômes neurasthéniques, il accuse une faiblesse singulière de ses membres supérieurs : dès qu'il se met à jouer du piano, il éprouve, dit-il,

dans toute l'étendue des membres supérieurs, une lassitude douloureuse qui l'oblige rapidement à interrompre son jeu. Or il est capable de faire pendant longtemps des armes et de l'escrime sans ressentir aucune fatigue des bras. Bouveret a rapporté le fait que voici : un homme d'affaires devient neurasthénique après avoir éprouvé une frayeur. Chez lui, l'asthénie neuro-musculaire intéresse à peu près exclusivement les membres inférieurs; il ne peut absolument pas rester debout plus de dix minutes. A ce moment, la sensation de fatigue apparaît si vite et devient telle qu'il est obligé de s'asseoir ou de s'appuyer le genou sur une chaise. Cette localisation de l'amyosthénie aux membres inférieurs est surtout commune dans la neurasthénie féminine. Elle en est parfois le symptôme dominant. Certaines malades obsédées, désespérées par cette faiblesse permanente, renoncent peu à peu à la marche et à la station debout; elles refusent de sortir pour passer leurs journées étendues sur une chaise longue.

Il est un autre caractère de l'asthénie neurasthénique qui mérite d'être souligné, c'est qu'elle ne va jamais jusqu'à réaliser une paralysie véritable et que, dans la majorité des cas, tout en étant plus ou moins continue, elle varie, s'atténue, se dissipe ou s'accroît du jour au lendemain, on pourrait dire

d'un instant à l'autre, et cela surtout sous l'influence de causes diverses, mais qui sont principalement d'ordre moral.

Nous verrons, en étudiant l'état mental des neurasthéniques, que cette impuissance motrice dépend pour une bonne part, au moins chez quelques-uns, d'un trouble purement psychique. Le neurasthénique comme certains ataxiques, comme certains malades affectés de sclérose en plaque ou d'autres lésions organiques de la moelle, amplifie inconsciemment le trouble dont il est affecté. L'esprit arrive à croire à une fatigabilité et à une impuissance plus marquée que celle qui existe réellement. C'est de la sorte que le psychisme arrive à jouer un rôle important dans la pathogénie des troubles ressentis par le malade. Dans la pratique, cette notion a son importance. Nous montrerons ultérieurement quels profits on en peut tirer au point de vue thérapeutique.

d. **Insomnie.** — Ce symptôme de l'épuisement nerveux n'est pas rare, mais il est loin d'être constant; il fait souvent défaut dans la neurasthénie féminine, s'observe plus particulièrement dans la forme cérébrale de la neurasthénie lorsque celle-ci s'est développée sous l'influence d'un excès de travail intellectuel, de préoccupations tristes.

L'insomnie des neurasthéniques se présente avec des caractères variables. Parmi les malades qui en sont affectés, il en est qui, dès qu'ils sont couchés, s'endorment facilement, mais après quelques instants de sommeil ils s'éveillent tout à coup dans un état d'excitation qui persiste, quelques efforts qu'ils fassent pour se calmer; ils s'agitent, se retournent au lit et ce n'est qu'à une heure avancée de la nuit ou même aux approches du jour qu'ils parviennent à se rendormir; d'autres malades se couchent avec la crainte, la conviction même qu'ils ne dormiront pas. Il leur est extrêmement difficile en effet, et souvent même impossible, de s'endormir même un instant; ils sont tenus éveillés par une sorte d'inquiétude mentale, de cogitation incessante, parce qu'ils ont l'esprit harcelé par un défilé rapide d'images, d'idées et de souvenirs vite associés et qu'il leur est impossible de réprimer. Enfin dans un certain nombre de cas, l'insomnie ne peut s'expliquer par rien; c'est l'absence pure et simple du besoin de dormir. Le sujet est calme, il a l'esprit en repos, aucune pensée inquiète ne le tourmente, il lui est seulement impossible de sommeiller.

Les *rêves* sont très fréquents; ils sont presque toujours pénibles et le patient y joue le mauvais rôle; il est témoin de quelque drame effrayant et

court les plus grands dangers, ou bien il est victime d'un accident grave, se voit poursuivi par des assassins, assiste impuissant à la mort violente de quelque personne qui lui est chère. Ces cauchemars sont particulièrement fréquents dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique et dans ceux d'épuisement nerveux consécutifs à des émotions subites et violentes. Ces songes terrifiants secouent les malades, les réveillent brusquement et les laissent dans un état d'angoisse ou d'émoi qui longtemps s'oppose à la reprise du sommeil. Les rêves des neurasthéniques n'affectent pas toujours ces allures violentes, ils peuvent se prolonger durant la majeure partie de la nuit sans que le sommeil du malade en soit interrompu, mais ce sommeil traversé de songeries incessantes est presque aussi peu réparateur que l'insomnie elle-même, et l'on comprend aisément que le matin dès le réveil, la fatigue cérébrale, le malaise et la céphalée soient tout aussi grands que si le sujet n'avait pas fermé l'œil de la nuit.

e. **Troubles digestifs. — États dyspeptiques des neurasthéniques.** — Les troubles des fonctions digestives occupent une place très importante dans le tableau clinique de la neurasthénie. Leur apparition marque parfois le début même de la

maladie; ils persistent le plus souvent autant qu'elle. Légers ou graves, ils contribuent, par les préoccupations, les inquiétudes qu'ils font naître dans l'esprit des malades, par le trouble qu'ils jettent dans leur alimentation et leur nutrition, à entretenir ou à accroître l'épuisement nerveux.

On sait aujourd'hui, d'après des recherches nombreuses, que les états dyspeptiques observés chez les neurasthéniques ne répondent nullement à une formule univoque. Depuis la publication du mémoire de Leube sur la dyspepsie nerveuse, maints auteurs, soit en Allemagne, soit en France, ont étudié avec soin cette question. Bien que les conclusions de leurs enquêtes diffèrent encore par quelques points importants, on en peut néanmoins déduire cette donnée essentielle que la dyspepsie des neurasthéniques est loin d'être toujours identique à elle-même et que le trouble des fonctions gastriques d'où elle dérive, de nature variable, diffère effectivement suivant le cas. Il s'ensuit que dans la pratique le médecin doit s'attacher, en utilisant tous les moyens d'information dont il dispose, à préciser autant que possible le caractère et le degré des troubles dyspeptiques présentés par chaque sujet. Une analyse méthodique de chaque cas particulier peut seule le conduire à des déduc-

tions pronostiques et thérapeutiques d'un réel intérêt.

1. *Dyspepsie par atonie gastro-intestinale.* — Le type de dyspepsie le plus fréquent est celui auquel on a appliqué les dénominations significatives de dyspepsie *par atonie gastro-intestinale* (Bouveret) ou de dyspepsie *nervo-motrice* (Mathieu). C'est par celui-ci qu'il convient de commencer l'étude analytique des troubles digestifs qu'on peut observer chez les neurasthéniques.

Le syndrome dyspeptique dont il s'agit ici est véritablement commun chez les sujets atteints d'épuisement nerveux, et, quoi qu'on ait dit, suffisamment caractérisé pour qu'on puisse aisément le reconnaître. Il mérite donc de prendre place parmi les symptômes cardinaux ou stigmates de la neurasthénie. Bouveret a décrit avec raison deux degrés, deux formes de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique : la forme légère et la forme grave.

Et cette distinction nous semble parfaitement justifiée par l'observation clinique.

Forme légère. — Dans sa forme légère la dyspepsie atonique n'altère pas d'une manière sensible la nutrition générale des malades. Malgré les troubles digestifs dont il souffre, le neurasthénique conserve ses forces et son embonpoint : il ne maigrit pas, mais il digère mal. L'appétit est

généralement conservé. Il se montre seulement inégal, capricieux, et il est à remarquer que ses variations se règlent bien plutôt sur le moral du patient, sur sa disposition d'esprit, que sur l'état de ses voies digestives. L'appétit se maintient lorsque la dépression cérébrale est faible ou nulle, et diminue lorsque le malade est sous le coup de quelque idée triste, de quelque émotion pénible. L'anorexie persistante est une exception.

Il arrive parfois que les malaises débutent immédiatement après l'ingestion des aliments. Et cette apparition précoce des troubles dyspeptiques avait conduit Leube à les expliquer par l'irritation anormale, mais toute mécanique, produite par les aliments sur les terminaisons des nerfs sensitifs de l'estomac. Mais dans la majorité des cas les troubles fonctionnels n'apparaissent qu'une demi-heure et même une heure après les repas. On observe même assez fréquemment que le malade éprouve aussitôt après qu'il a bu et mangé une sensation de bien-être général : sa céphalée et sa lassitude se dissipent, il se sent plus fort et plus apte au travail. On a attribué cette amélioration passagère à l'absorption des liquides et au relèvement momentané de la tension artérielle qu'elle détermine. Quoi qu'il en soit, la période d'euphorie ne tarde pas à prendre fin, et dès lors apparaissent les signes

d'une digestion laborieuse. Le malade accuse à l'épigastre une sensation de pesanteur, de barre ou de gonflement. Il a la tête lourde, les joues chaudes, le visage congestionné. Le malaise se généralise; il éprouve de l'oppression, des palpitations, en même temps qu'un sentiment de torpeur, d'engourdissement. Il est incapable de tout travail intellectuel: la marche, le mouvement l'importunent et il tombe parfois dans un état d'accablement soporeux. Durant l'accès dyspeptique, l'abdomen se ballonne dans la région épigastrique d'abord, puis la distension gazeuse s'étend à la zone intestinale, si bien que beaucoup de malades sont obligés de desserrer leurs vêtements. Si l'on procède à un examen direct, on constate par la percussion que la sonorité gastrique dépasse les limites de l'état physiologique. La dépression brusque de la paroi produit à ce niveau un bruit de clapotement, mais ce bruit n'est perceptible que pendant les premières heures qui suivent le repas; et ceci indique que l'estomac est seulement distendu par le météorisme, mais non dilaté.

Pendant que la digestion gastrique se poursuit, le malade est encore tourmenté par des éructations de gaz inodores. Les renvois, les régurgitations acides sont ici exceptionnels. Enfin au bout de quelques heures, la digestion étant achevée, tout

rentre dans l'ordre jusqu'au repas suivant, qui ramène la même théorie de malaises et de troubles.

La généralisation du météorisme abdominal et la constipation qui fait rarement défaut chez ces malades, indiquent que l'atonie neurasthénique ne frappe pas seulement l'estomac, mais qu'elle intéresse également l'intestin.

La constipation s'établit souvent dès le début; lorsqu'elle est opiniâtre et résiste à la plupart des purgatifs habituellement employés, il arrive que les malades restent trois, quatre jours et plus sans aller à la garde-robe. Elle s'accompagne alors de météorisme, de sensations de poids ou de tension dans certaines parties de l'abdomen. En pareil cas, elle devient pour les neurasthéniques le sujet de préoccupations hypocondriaques constantes; enfin elle peut à la longue se compliquer d'*entérocolite pseudo-membraneuse* comme nous le dirons plus loin.

La motilité de l'estomac n'est pas sérieusement compromise dans cette forme légère de l'atonie; les signes de la dilatation proprement dite font défaut; on ne produit pas le bruit de clapotement par la succussion gastrique, lorsque le sujet est à jeun, et si on introduit la sonde six ou sept heures après le repas, on constate que le contenu sto-

macal a été évacué en temps opportun, mais à la longue la résistance de la paroi gastrique finit par être vaincue.

Souvent le premier degré de la dyspepsie atonique n'est que la première étape d'un processus qui aboutit à la forme suivante.

Forme grave. — Dans le second degré de l'atonie gastro-intestinale on retrouve, mais plus développés, plus intenses, les mêmes troubles qui figurent au tableau clinique de la forme légère. La crise dyspeptique qui suit les repas se déroule avec le même cortège de symptômes. Ce qui caractérise avant tout cette deuxième forme, c'est qu'elle porte une atteinte sérieuse à la nutrition. Le patient maigrit, s'anémie et perd ses forces; cet amaigrissement est d'autant plus remarquable que la quantité d'aliments ingérés est souvent assez forte et qu'elle suffirait assurément à l'entretien d'un homme en bonne santé. Il se produit le plus souvent d'une manière rapide. En quelques mois le sujet subit une réduction de poids de 10, 15 kilos et quelquefois plus. Dans les cas sévères, surtout lorsque l'épuisement nerveux a été provoqué par une émotion subite et violente et s'accompagne d'une dépression morale intense, la maigreur est quelquefois extrême; la peau devient sèche et terreuse; le facies s'émacie et l'aspect du sujet est celui

d'un cancéreux arrivé à la période cachectique ; et de fait, il arrive fréquemment que ces malades sont considérés comme atteints de cancer gastrique. Un autre caractère remarquable de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique, c'est sa ténacité, sa longue durée, sa résistance aux traitements ordinairement dirigés contre les états dyspeptiques ; il en est ainsi surtout chez les neurasthéniques avancés en âge. Chez les jeunes gens doués d'une vitalité plus grande, on obtient parfois une amélioration notable de l'état général, mais les récidives sont fréquentes et la guérison, lorsqu'elle se produit, ne s'obtient que par un progrès lent et discontinu.

La motilité de l'estomac est ici plus sérieusement atteinte et il n'est pas rare que sept heures après un repas ordinaire l'estomac contienne encore des aliments. La dilatation toutefois peut faire défaut dans les formes les plus sévères, et dans la plupart des cas elle n'est nullement appréciable qu'après plusieurs années d'état dyspeptique.

2. *Troubles de la sécrétion gastrique. Chimisme stomacal.* — Naguère on recourait assez fréquemment chez les neurasthéniques à l'analyse du suc gastrique. Si cette opération a perdu beaucoup de son utilité pratique, elle a du moins servi à fixer certaines questions de chimisme stomacal qui ne sont

pas sans intérêt. A la vérité les cliniciens qui ont étudié les caractères de la sécrétion gastrique chez les malades affectés d'épuisement nerveux sont arrivés à des résultats dissemblables. Nous devons ici rappeler brièvement les conclusions essentielles auxquelles leurs recherches ont abouti.

Dans l'atonie gastro-intestinale des neurasthéniques, Bouveret constate que la sécrétion stomacale a subi des modifications qualitatives importantes. D'après lui, le fait capital, ou du moins celui que l'on peut le mieux apprécier jusqu'à présent, c'est la diminution ou même la disparition totale de l'acide chlorhydrique libre dans le liquide gastrique, à tous les moments de la digestion. « Il est même plus ordinaire, écrit-il, de constater l'absence complète que la simple diminution chez les malades qui sont de vrais neurasthéniques. » Il ajoute que cette anachlorhydrie est un caractère précoce puisqu'il apparaît avec le premier degré de l'atonie gastro-intestinale ; qu'enfin elle se montre tenace, rebelle au traitement. L'*hypochlorhydrie* et l'*anachlorhydrie* doivent donc, suivant cet auteur, être considérées comme un élément important de la dyspepsie atonique.

Bouveret remarque cependant que les malades qui présentent la forme légère de cette dyspepsie ne maigrissent que peu ou point, malgré la pertur-

bation réelle du chimisme gastrique et il suppose ou bien que les sécrétions intestinales et pancréatiques suppléent à l'insuffisance du suc stomacal ou bien que l'acide chlorhydrique existe dans ce liquide, mais en proportion si faible qu'à peine produit il est masqué soit par les albuminoïdes des aliments, soit par les peptones. La peptonisation dans l'estomac serait, dans ce dernier cas, seulement ralentie mais encore possible.

Quant à la proportion de pepsine contenue dans le suc gastrique, elle serait sensiblement égale au taux normal. Enfin l'acidité totale due aux acides organiques et à l'acide chlorhydrique combinés serait un peu supérieure à la moyenne physiologique. Dans les formes graves de l'atonie neurasthénique elle témoignerait, ainsi que le développement des gaz qui se produit dans la cavité stomacale pendant la digestion, de l'existence de fermentations anormales de la bouillie alimentaire, ces fermentations étant elles-mêmes imputables à l'affaiblissement du pouvoir antiseptique du suc gastrique dépourvu d'acide chlorhydrique libre.

Bouveret n'a constaté l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion que dans un très petit nombre de cas ; il estime qu'il s'agit alors d'une association fortuite et que les faits de ce genre doivent être distraits du cadre de la dyspepsie nerveuse ato-

nique proprement dite (*Traité des maladies de l'estomac*, 1893).

Les recherches de Mathieu l'ont conduit à des résultats sensiblement différents de ceux qui précèdent.

Dans les cas qui répondent à la forme légère de la dyspepsie nervo-motrice ou atonie gastro-intestinale du premier degré, cet auteur constate qu'assez fréquemment la digestion se fait dans des conditions chimiques à peu près normales, qu'il y a de l'acide chlorhydrique libre, mais en proportion un peu moindre qu'à l'état physiologique, que la pepsine est produite encore dans des proportions qui ne paraissent pas s'éloigner beaucoup des proportions régulières, autant du moins qu'on en peut juger par les digestions artificielles faites à l'aide du suc gastrique filtré ; qu'enfin la quantité des acides organiques de fermentation n'est pas sensiblement accrue.

Par contre, dans les cas graves, Mathieu remarque qu'il y a souvent diminution marqué de la sécrétion chlorhydrique, l'acide chlorhydrique étant nul et l'acide combiné en petite quantité : que l'acidité totale est tantôt normale ou supérieure à la normale suivant que la stase et les fermentations font défaut ou que ces deux conditions connexes existent à un degré notable. Mathieu constate

en outre que l'hyperchlorhydrie peut s'observer chez les neurasthéniques et qu'elle y est assurément moins exceptionnelle que ne le croit Bouveret.

Herzog[1] a publié sur ce sujet un travail important. Dans 14 cas de dyspepsie nerveuse observés à la clinique de Leyden, l'auteur a trouvé que la motilité était affaiblie 9 fois, et normale 5 fois. Des 9 malades dont la motilité gastrique était affaiblie, 3 avaient une acidité normale, 1 une acidité faible et 5 présentaient de l'hyperacidité ou hyperchlorhydrie. Parmi les 5 malades avec motilité intacte il y avait 1 cas d'acidité normale et 4 cas d'hyperacidité. D'après cet auteur, le trouble des fonctions gastriques consisterait donc le plus souvent en un affaiblissement de la motilité avec exagération de la sécrétion et hyperacidité.

Les recherches de Leyden[2], de Stiller[3] avaient déjà montré que, contrairement à l'opinion de Leube, la dyspepsie nerveuse peut provoquer des troubles graves de la sécrétion et de la motilité.

Malgré les divergences d'opinion qui séparent ces divers auteurs, il ressort clairement de l'ensemble de leurs observations que, dans la pratique,

1. Herzog, *Zeitschr. für klin Med.*, Bd XVIII, 1890.
2. Leyden, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1885.
3. Stiller, *Die nervose Magen Krankhe*, 1884.

il faut s'attendre à rencontrer, dans le groupe des neurasthéniques :

1° Des états dyspeptiques qui répondent à la forme légère ou grave de l'atonie gastro-intestinale et dans lesquels la sécrétion chlorhydrique est ou normale ou sensiblement diminuée. Dans ces mêmes états dyspeptiques, la motilité est fréquemment intéressée, mais elle ne l'est le plus souvent qu'à un faible degré et il est rare que ces formes aboutissent à la stase avec grande dilatation permanente telle que l'a décrite Bouchard.

Ce sont là les formes les plus fréquemment observées chez les sujets atteints d'épuisement nerveux.

2° Des états dyspeptiques où dominent l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion. Or la sécrétion exagérée de l'acide chlorhydrique peut, on le sait, se présenter sous trois aspects principaux : *a*. l'hyperchlorhydrie simple, qui n'est que l'exagération de l'acidité chlorhydrique au moment de la digestion ; *b*. l'hypersécrétion chlorhydrique permanente continue ; *c*. les crises intermittentes d'hypersécrétion chlorhydrique. Ces deux dernières modalités constituent les deux formes de la maladie de Reichmann. Rappelons brièvement les caractères cliniques propres à chacun de ces types de dyspepsie.

Hyperchlorhydrie simple. — L'état général est satisfaisant. L'appétit est généralement conservé et quelquefois même exagéré. Les repas provoquent l'apparition de crises gastralgiques qui apparaissent, non pas immédiatement après l'ingestion des aliments, mais au bout de deux, trois ou quatre heures, c'est là le trait caractéristique de cette forme d'hyperchlorhydrie.

L'accès débute ordinairement par une sensation de chaleur, de brûlure, localisée à l'épigastre. Puis viennent des renvois aigres, acides, qui impressionnent péniblement la muqueuse de l'œsophage et produisent cette douleur rétrosternale particulière qu'est le pyrosis. Tout peut se borner à cela, mais à ces premiers malaises vient parfois s'ajouter un état de sécheresse de la muqueuse buccale accompagné de soif vive. Bientôt le malade accuse des sensations plus pénibles, des douleurs lancinantes, mais plus longtemps constrictives, « des crampes » qui s'irradient vers les hypocondres, derrière le thorax, dans les derniers espaces intercostaux. Il ne se produit pas de vomissement.

La crise, plus ou moins douloureuse, a une durée variable ; elle n'a pas lieu fatalement après chaque repas et c'est après le repas de midi qu'elle se montre ordinairement et qu'elle est le plus accentuée. La plupart des malades n'ont qu'un seul

accès, celui de l'après-midi. Un autre caractère important de la crise douloureuse, c'est qu'elle se calme ou même disparaît après l'ingestion d'un aliment riche en substance albuminoïde, tel que le lait, le blanc d'œuf.

Cette dyspepsie acide s'observe plus particulièrement chez les neurasthéniques héréditaires, chez les descendants de goutteux et qui ont présenté eux-mêmes des accidents de nature manifestement arthritique; ces malades sont capables d'une certaine activité physique et ils n'appartiennent pas généralement à la catégorie des neurasthéniques à dépression cérébrale accentuée.

Forme intermittente de l'hypersécrétion chlorhydrique. — La forme intermittente de la maladie de Reichmann se rencontre très exceptionnellement chez les neurasthéniques. Elle ne se montre guère qu'à titre d'épisode passager et sous l'influence immmédiate de vives préoccupations morales, d'émotions intenses à caractère dépressif. Elle vient ainsi compliquer momentanément l'hyperchlorhydrie simple. Ses caractères essentiels sont les suivants : les accès sont plus ou moins fréquents, séparés par des intervalles dont la durée varie de quelques jours à plusieurs mois. Ils se prolongent durant un ou deux jours, quelquefois plus. La crise débute ordinairement le matin avant

le premier repas; le malade éprouve un sentiment de brûlure à l'épigastre; il a des nausées et vomit quelques gorgées d'un liquide acide incolore, ou grisâtre, ou légèrement teinté par la bile, qui contient de la pepsine et de l'acide chlorhydrique et digère activement *in vitro* un fragment d'œuf cuit. — Les vomissements de liquide gastrique se répètent d'abord abondants, puis copieux suivant le degré de l'hypersécrétion stomacale, les boissons ingérées les provoquent; il y a de l'intolérance gastrique, rarement les douleurs sont intenses, mais la soif est vive, l'anorexie absolue. Le ventre est plutôt rétracté que météorisé. Le patient, accablé par les efforts de vomissement, présente un facies pâle, aux traits tirés; son abattement est extrême pour peu que la crise se prolonge. L'accès cesse brusquement ou d'une manière progressive.

Hypersécrétion continue. — Dans cette forme particulièrement grave, les périodes de complète accalmie font tout à fait défaut. Elle succède assez souvent à l'une des formes précédentes de l'hyperchlorhydrie. Il s'agit d'un malade qui souffre de l'estomac depuis plusieurs années et dont les troubles dyspeptiques ont souvent précédé l'apparition des premiers symptômes de l'épuisement nerveux. Interrompus, tout d'abord, par des phases d'amélioration plus ou moins longues, les troubles diges-

tifs sont devenus permanents, les forces du patient ont décliné, il s'est amaigri et, lorsque la maladie est arrivée à sa période d'état, l'aspect du patient est tout à fait analogue à celui d'un malade atteint d'un cancer à l'estomac.

L'appétit est conservé, mais le malade mange peu afin de ne pas exaspérer ses douleurs; dans la matinée il ne souffre pas, mais trois ou quatre heures après le repas de midi éclate la première crise douloureuse, accompagnée de renvois et de régurgitations acides. Cette crise se prolonge pendant une heure ou deux, jusqu'à ce qu'un vomissement de liquide stomacal acide vienne en marquer le terme. Un second accès semblable au premier et souvent plus violent se produit après le repas du soir vers le milieu de la nuit. Le liquide vomi est en majeure partie composé de suc gastrique : il contient de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. Cette hypersécrétion permanente s'accompagne de stase des aliments et de dilatation permanente de l'estomac. L'exploration à la sonde permet de constater, en effet, que, le matin à jeun, l'estomac contient en abondance des débris alimentaires, le liquide extrait après un repas d'épreuve présente une proportion exagérée d'acide chlorhydrique libre.

Tels sont les différents états dyspeptiques que

l'on peut remarquer chez les malades atteints d'épuisement nerveux. Faut-il considérer toutes ces formes de dyspepsie comme appartenant à la neurasthénie, comme dérivant du trouble intime des centres nerveux qui régit les manifestations de cette névrose? Faut-il penser, comme quelques auteurs l'admettent, que la neurasthénie elle-même a souvent son origine, sa cause première dans l'état pathologique de l'estomac? C'est une question que nous discuterons ultérieurement au chapitre de la pathogénie. Ce que nous voulons retenir pour le moment de cet exposé rapide des modalités que peuvent revêtir les troubles digestifs des neurasthéniques, c'est leur diversité même et, partant, la nécessité qui s'impose au clinicien mis en présence d'un neurasthénique qui souffre de dyspepsie, de préciser avec soin les caractères de cette dyspepsie, s'il veut être en mesure de réglementer judicieusement l'hygiène alimentaire du sujet.

f. **Dépression cérébrale (état mental).** — Maladie générale des centres nerveux, la neurasthénie ne trouble pas seulement les fonctions somatiques; elle trouble aussi les *psychiques*. Quelle que soit la forme clinique qu'elle revête, elle s'accompagne toujours d'un *état mental* particulier, qui est même un élément symptomatique de premier ordre. Il

domine souvent le tableau clinique et tient sous sa dépendance une foule de manifestations qui lui semblent au premier abord tout à fait étrangères. Nous ne saurions présenter ici une étude méthodique et complète des accidents mentaux de la neurasthénie; nous en indiquerons seulement les traits principaux et nous montrerons le parti qu'on en peut tirer au point de vue du traitement moral qui convient à cette catégorie de sujets.

Ces troubles mentaux peuvent être rangés en deux groupes comprenant : l'un, les modifications psychiques stables, permanentes, qui constituent le fonds même de l'état mental des malades ; l'autre les troubles passagers, épidosiques, qui ne sont en quelque sorte que les accidents éventuels.

D'une manière générale il s'agit d'un amoindrissement conscient de la personnalité, d'une impuissance plus ou moins prononcée de toutes les facultés auxquels s'ajoutent accidentellement des idées fixes et des obsessions.

L'*aboulie*, autrement dit l'affaiblissement de la volonté, est un des traits les plus communs de l'état mental des neurasthéniques. Les conséquences de ce trouble psychique sont nombreuses : dans la sphère intellectuelle il entraîne la perte ou la diminution du pouvoir d'*attention* ; les malades sont habituellement incapables de méditer un sujet, de

coordonner leurs idées avec précision et d'en diriger le cours. Leur pensée s'accroche à des points secondaires, à des détails futiles, il leur arrive de lire des pages entières sans avoir compris ce qu'ils ont lu. Lorsqu'ils se sont livrés, durant quelques instants, à un travail intellectuel un peu compliqué, ils sont tout à coup obnubilés; leur faible pouvoir d'attention s'éclipse comme soudainement épuisé. C'est ainsi qu'on les voit s'interrompre brusquement au cours d'une conversation et déclarer qu'ils ne savent plus ce qu'ils veulent dire, que leur tête est comme vide et sans pensée. La déchéance de leur volonté se traduit encore par des doutes, des hésitations interminables. Rien ne leur est plus pénible que de prendre une décision; souvent c'est de l'affaiblissement de la volonté que dépend l'asthénie motrice, plus encore que d'une débilité particulière des muscles.

La *mémoire* est également amoindrie chez ces malades. L'évocation des souvenirs est défectueuse parce qu'ils sont impuissants à soutenir l'effort d'attention nécessaire pour la recherche du souvenir perdu; parce que la plupart des événements survenus postérieurement au début de leur maladie sont perçus par eux faiblement et partant mal rattachés à leur personnalité consciente. Souvent obsédés par quelque idée fixe, quelque préoccupa-

tion hypocondriaque, ils vivent pour ainsi dire en état de *distraction* perpétuelle : c'est là une des causes qui leur font percevoir d'une manière vague et incertaine les événements dont ils sont témoins. Aussi sont-ils incapables de les retrouver dans leur mémoire alors même qu'ils sont encore récents. Leurs oublis sont donc fréquents ; ils portent sur les sujets les plus divers : l'amnésie des neurasthéniques est en effet indifférente.

Leur émotivité est extrême, tout les impressionne et chaque émotion leur est particulièrement pénible parce qu'ils perçoivent plus vivement les sensations diverses que déterminent dans les différents appareils (cœur, respiration, intestin, etc.) tous les états émotionnels. C'est pourquoi on les voit éviter avec soin tout ce qui peut être pour eux une cause d'émoi. Ils sont timides, craintifs, ont perdu la confiance en eux-mêmes. La présence d'une personne étrangère à leur entourage habituel suffit à les décontenancer : aborder quelqu'un, lier conversation est une complication que beaucoup redoutent. Ils négligent leurs relations, recherchent volontiers la solitude et se déclarent incapables de diriger leurs affaires.

Les malades ont parfaitement conscience de leur infériorité morale. Les plus courageux s'en plaignent amèrement et déplorent, sans pouvoir en

triompher, les défaillances de leur volonté, de leur mémoire, de leurs facultés intellectuelles. Ils s'essayent à des occupations, à des sujets d'étude qui leur paraissent propres à exciter leur intérêt, à réveiller leur activité ; mais l'attrait de la nouveauté est pour eux éphémère. Ils se fatiguent vite, se dégoûtent de leur entreprise et l'abandonnent bientôt pour passer à d'autres sujets.

Il résulte de cet affaiblissement de la personnalité, de ce relâchement des liens qui assurent la synthèse du *moi*, que ces malades sont impuissants à résister à l'envahissement de certaines idées qui s'imposent à leur esprit et momentanément y règnent sans partage. Ils sont suggestionnables et, par conséquent, soumis à toutes sortes de craintes, d'obsessions qui leur viennent tantôt d'eux-mêmes et tantôt du milieu dans lequel ils se trouvent placés. Leur cénesthésie toujours troublée, les malaises, les troubles digestifs et circulatoires, la lassitude qui les accable, tout cela s'ajoutant au sentiment très net de leur impuissance mentale, les entretient en état de tristesse et leur suggère une foule de préoccupations hypocondriaques.

L'hypocondrie fait rarement défaut chez les patients frappés d'épuisement nerveux, mais elle n'a ni la ténacité, ni le caractère d'inconscience, ni la systématisation de l'hypocondrie vésanique.

Le neurasthénique, qui souffre plus particulièrement de sa rachialgie, se croira atteint d'une maladie de la moelle épinière; cette idée le tourmente, le bouleverse, mais sa conviction n'est pas solidement établie; il ne demande qu'à être rassuré et quelques paroles autorisées suffiront à le délivrer de sa crainte. Ce même malade pourra aussi, à quelques jours d'intervalle, se croire atteint d'une maladie de cœur ou de l'estomac, mais ses croyances erronées ne présenteront jamais les caractères d'une idée fixe, d'un délire systématique. Cependant les idées de nature hypocondriaque qu'un symptôme déterminé peut faire germer dans l'esprit de ces malades n'ont pas toujours cette mobilité. Il en est qui s'installent pour ainsi dire à demeure et dont la persistance entraîne parfois de graves inconvénients. Nous avons vu que certaines femmes neurasthéniques, sans être en aucune façon paralysées, se croyaient complètement incapables de marcher et de se tenir debout et finissait par ne plus quitter le lit, se condamnant ainsi pendant des années entières à une déplorable immobilité. C'est encore à la faveur de leur affaiblissement mental, de leur suggestibilité que l'on voit se développer, chez beaucoup de neurasthéniques, ces obsessions intermittentes, ces peurs systématiques, ces phobies, ces états

d'anxiété passagère qui les impressionnent si vivement : l'agoraphobie, la claustrophobie ou peur des espaces étroits et clos, l'anthropophobie ou peur des foules, des réunions d'hommes, la stasophobie (Bouveret) peur de la station verticale, etc., en sont les modalités les plus communes. Tous ces états d'anxiété présentent des caractères identiques : chaque fois que le patient se trouve placé dans les circonstances aptes à les provoquer, l'angoisse émotionnelle se produit avec une force d'automatisme irrésistible.

La suggestibilité des neurasthéniques explique encore l'influence qu'exerce sur leur état mental le milieu dans lequel ils vivent. Rien n'est plus propre à fomenter ou à entretenir chez ces malades la dépression morale et les préoccupations hypocondriaques que les soins assidus, les questions incessamment renouvelées sur leur état de santé et les recommandations que leur prodiguent les personnes de leur entourage.

On comprend par là quel doit être le traitement moral qui convient à ces malades et l'action bienfaisante qu'on est en droit d'en attendre. Ces neurasthéniques ne sont pas toujours hypnotisables, mais ils sont suggestionnables ; c'est donc par des encouragements habiles, par une action suggestive réconfortante et soutenue que le médecin, lors-

qu'il a su vis-à-vis d'eux garder son autorité et retenir leur confiance, pourra lutter avec avantage contre leur dépression cérébrale et aider ainsi puissamment à leur guérison.

CHAPITRE III

SYMPTOMES SECONDAIRES

A côté des symptômes cardinaux ou stigmates de la neurasthénie que nous venons de passer en revue, on observe dans la plupart des cas des troubles fonctionnels d'ordre secondaire ; ils constituent en quelque sorte les petits symptômes de la névrose ; mais il arrive parfois que quelques-uns d'entre eux prennent un développement insolite et impriment à la maladie une physionomie clinique particulière.

a. **Vertige.** — Le vertige est un accident fréquent chez les neurasthéniques. Il se montre généralement sous forme d'accès de courte durée. Comme il coïncide très souvent avec des troubles digestifs, beaucoup de cliniciens ont pensé qu'il était toujours d'origine gastrique. C'est là sans doute une interprétation erronée, contre laquelle Beard et Charcot se sont élevés avec raison. Il est certain, en effet,

que les accès de vertige se montrent parfois particulièrement intenses chez les neurasthéniques qui ne présentent aucun trouble des fonctions digestives; en second lieu on a fait remarquer que les gastropathies organiques les plus graves ne se compliquent guère de phénomènes vertigineux. Il semble donc très vraisemblable que la plupart des vertiges qui apparaissent chez les neurasthéniques reconnaissent une origine centrale et dépendent directement du trouble des centres nerveux.

Ces vertiges se produisent tantôt à jeun, tantôt après le repas; c'est au milieu des malaises de la crise dyspeptique que le symptôme se manifeste plus particulièrement. L'intensité de l'accès est extrêmement variable : parfois tout se borne à une rapide sensation de déséquilibre, de déplacement du sol, mais l'accès peut se montrer plus violent : le malade se sent comme poussé en divers sens, il lui semble que le sol s'élève et s'abaisse alternativement sous lui, il titube comme un homme ivre, et doit se cramponner aux objets environnants pour éviter la chute. Les caractères de la crise vertigineuse sont quelquefois identiques à ceux qu'on observe dans le vertige de Ménière; dans ce cas, le patient perçoit un bourdonnement ou un sifflement aigu au début de l'accès, puis il a la sensation de la culbute, de la précipitation dans

un gouffre, mais l'impulsion ressentie n'est jamais aussi violente que dans le syndrome de Ménière et ne va pas jusqu'à précipiter le malade à terre. Sous cette forme, le vertige neurasthénique s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements, il se dissipe après quelques minutes de durée, mais il laisse le malade dans un état d'accablement et d'émoi très pénible. Le vertige rotatoire s'observe rarement.

Dans certains cas enfin, rares il est vrai, le vertige neurasthénique se montre à peu près continu. Le tableau clinique est alors très analogue à celui que présentent les malades affectés de vertige cérébelleux.

b. **Troubles de la motilité**. — Nous avons déjà décrit, en étudiant les stigmates de la névrose, l'affaiblissement du système neuro-musculaire; on peut encore observer chez les neurasthéniques un certain nombre de troubles intéressant la motilité : ce sont des crampes musculaires, des contractions fibrillaires semblables à celles que l'on voit chez les sujets atteints d'atrophie musculaire progressive d'origine spinale, des contractures fonctionnelles telles que la crampe des écrivains.

Le *tremblement* a été signalé dans l'épuisement nerveux par Beard et par Pitres; il se localise

le plus souvent aux membres supérieurs : c'est un tremblement menu, à oscillations brèves, rapides, comparable au tremblement de la maladie de Basedow.

Paralysies. — Peut-on observer de véritables paralysies motrices dans le cours de la neurasthénie? Nous croyons, avec Ziemssen notamment, que ces paralysies ne font pas partie du tableau clinique de la neurasthénie pure. Cependant Beard a observé des crises de paralysie ou de parésie chez quelques-uns de ses malades. Bouveret a constaté des paralysies incomplètes, de très courte durée, localisées soit à un membre, soit aux deux membres inférieurs, et « procédant par accès de quelques minutes seulement ». Nous n'avons jamais rencontré de faits de cet ordre et nous croyons que l'hystérie intervient le plus souvent dans la plupart de ces cas. Si ces paralysies motrices existent réellement dans la neurasthénie pure, elles sont assurément d'une extrême rareté.

c. **Troubles de la sensibilité générale.** — Les perversions de la sensibilité générale sont communes chez les neurasthéniques et la plus fréquente de toutes est à coup sûr l'*hyperesthésie*. Nous avons déjà mentionné la céphalée, la sensibilité douloureuse du cuir chevelu, la rachialgie et ses diverses

formes. Ce sont là, en effet, les localisations les plus habituelles de l'hyperesthésie ; mais, à vrai dire, ce trouble sensitif peut affecter toutes les parties. Des zones hyperesthésiques, des douleurs même à type névralgique, des picotements, des élancements rappelant les fulgurations de l'ataxie, des sensations de brûlure se montrent et disparaissent tour à tour dans la continuité des membres, au thorax, à l'abdomen (*névralgie générale* de Valleix).

Quelquefois l'état morbide de la sensibilité générale se traduit par une sensibilité exquise, à la chaleur, au froid surtout. Beaucoup de malades se plaignent constamment d'avoir froid ; ils se surchargent de vêtements même durant la saison chaude. Ils sont, du reste, très impressionnés par les influences extérieures, les changements atmosphériques, le vent, l'humidité, l'orage. On a pu dire avec raison de certains d'entre eux qu'ils étaient de véritables baromètres vivants.

Les troubles de la sensibilité se manifestent encore sous forme de *paresthésies*. Les malades éprouvent fréquemment des sensations d'engourdissement des membres, il leur semble que tel ou tel segment de membre, est « comme mort », ou « en bois », ou « d'une légèreté étrange », ou bien encore d'une lourdeur de plomb. Peut-être l'as-

thénie neuro-musculaire n'est-elle chez ces quelques patients que la conséquence d'une sensation de fatigue permanente ou, si l'on veut, d'une dysesthésie particulière des appareils locomoteurs? L'*anesthésie* proprement dite n'existe pas dans les états neurasthéniques purs, autrement dit sans mélange d'hystérie. Si l'on explore méthodiquement les régions où siègent les diverses perversions de la sensibilité que nous venons d'indiquer, on n'y constate jamais d'anesthésie.

Mais il y a chez les neurasthéniques, indépendamment des troubles de la sensibilité superficielle qui intéressent les téguments, des perversions de la sensibilité des organes profonds imprécises, mal définies, mais qui n'en sont pas moins très réelles et très importantes. Les individus qui vivent en parfait état de santé ne perçoivent aucunement le jeu régulier de leurs organes; il n'en est pas de même des neurasthéniques qui sont constamment impressionnés par les sensations internes les plus diverses. Les mouvements du cœur et des artères, le travail de la digestion, la locomotion, le travail intellectuel, le jeu si complexe des états émotionnels, toutes les fonctions de la vie organique et de la vie de relation font naître en eux des impressions vagues, changeantes, mais pénibles. Leur *cénesthésie* est donc profondément troublée. Ils se

sentent tout drôles, tout changés. De là ce malaise indéfinissable dont se plaignent la plupart de ces malades; de là aussi sans doute, ainsi que nous l'avons vu en étudiant leur état mental, le penchant à l'hypocondrie et à la tristesse.

d. **Troubles circulatoires.** — On observe chez tous les neurasthéniques des troubles circulatoires, qui intéressent tantôt le cœur et tantôt les vaisseaux périphériques. Les désordres de l'innervation cardiaque s'affirment parfois avec une telle intensité qu'ils masquent en quelque sorte tous les autres symptômes de l'épuisement nerveux. Ce sont les faits de cet ordre qui ont conduit quelques auteurs à décrire une *forme cardiaque* de la neurasthénie. Pour être moins bruyants, les troubles de circulation périphérique n'en sont pas moins très fréquents et très réels. C'est en effet aux alternatives de spasme et de dilatation des artères et des veines que sont dues les anémies, les congestions passagères de la peau et des muqueuses qu'on observe communément chez ces malades; aussi quelques auteurs ont-ils pensé qu'il était possible d'expliquer par le seul trouble de l'innervation vasomotrice les différents symptômes qui figurent au tableau clinique de la neurasthénie. Nous reviendrons ultérieurement sur cette théorie vaso-

motrice de l'épuisement nerveux proposée par Angel.

Troubles de l'appareil cardiaque. — Palpitations. — C'est là le trouble de l'innervation cardiaque. Les palpitations des neurasthéniques se produisent par accès, de durée et d'intensité variables. Ces accès n'ont pas de gravité ; mais leurs retours sont fréquents ; ils reparaissent sous l'influence des causes les plus diverses et souvent les plus futiles : une émotion légère, un effort physique même modéré, le travail de la digestion, suffisent à les provoquer. Ces palpitations et les sensations pénibles dont elles s'accompagnent impressionnent les malades qui ne tardent pas à se croire atteints de quelque grave lésion du cœur.

Tachycardie. — Le trouble de l'innervation cardiaque peut être plus profond, plus stable et se manifester sous la forme d'une accélération permanente du rythme du cœur. Cette tachycardie des neurasthéniques est tout à fait semblable à celle qu'on observe dans la maladie de Basedow : le nombre des pulsations peut s'élever à 120, 130 et même plus ; les battements du cœur paraissent énergiques ; le malade les perçoit nettement et la main de l'observateur, placée sur la région précordiale, est vivement impressionnée à chaque pulsation. Les carotides sont animées de battements

exagérés, mais le pouls radial est, par contre, petit et faible. Il est le plus souvent régulier. Cependant on observe dans certains cas que les pulsations sont inégales et irrégulièrement rythmées. Mais l'arythmie n'a pas ici la signification fâcheuse qu'elle présente dans les maladies organiques du cœur. Cette tachycardie permanente peut durer pendant de longs mois; elle passe successivement par des phases d'aggravation et d'accalmie, mais elle finit par disparaître soit spontanément, soit sous l'influence du traitement général dirigé contre l'état neurasthénique. Bouveret admet cependant que la tachycardie dont il s'agit ici peut se présenter sous une forme grave aboutissant à l'affaiblissement du myocarde, à la dilatation des cavités du cœur et à la mort par asystolie. L'existence de cette forme repose encore sur un trop petit nombre de faits pour être admise sans conteste. Elle est en tout cas d'une extrême rareté.

La tachycardie neurasthénique s'observe habituellement dans les cas d'épuisement nerveux où la dépression cérébrale est profonde, où des troubles digestifs intenses ou persistants ont entraîné l'affaiblissement général et l'amaigrissement des sujets.

Ralentissement des mouvements du cœur. — Les neurasthéniques peuvent présenter encore d'autres

troubles des fonctions du cœur. On a noté le ralentissement du pouls : le nombre des pulsations peut tomber à cinquante par minute. Ce ralentissement du rythme cardiaque s'accompagne parfois d'arythmie ; en pareil cas le pouls est généralement petit et dépressible. Cet état de ralentissement persistant avec dépression de la tension artérielle succède le plus souvent à des périodes d'excitation cardiaque ; il est rarement primitif et il suffit le plus souvent d'une excitation quelque peu intense, d'une émotion pour que la lenteur habituelle du pouls cesse et que les battements du cœur s'accélèrent momentanément. On retrouve donc dans l'état des fonctions cardiaques ce caractère de faiblesse et d'irritabilité qui est le propre des troubles fonctionnels de nature neurasthénique.

Angine de poitrine. — Ce syndrome inquiétant apparaît quelquefois chez les neurasthéniques. Mais l'angor pectoris de la neurasthénie appartient comme celle des hystériques au groupe des angines bénignes. Elle n'en est pas moins, pour les sujets qui en sont atteints, une source de terreur, et d'anxiétés ; elle est particulièrement apte à les jeter dans un état d'abattement et de dépression extrêmes. Elle revêt presque toujours la forme *vaso-motrice.*

Le malade éprouve tout à coup dans la région précordiale une sorte de saisissement, de cons-

triction qui devient vite extrêmement douloureuse et s'irradie aussitôt dans l'épaule et le bras gauches, quelquefois même dans le membre inférieur du même côté. Le malade est en proie à une angoisse, à une terreur indicible. Sa respiration est courte et accélérée; sa face est pâle, livide; ses extrémités sont également pâles, froides et comme exsangues. Le pouls est petit, faible, les battements du cœur presque insensibles. Il est vraisemblable que cette phase de l'accès correspond à un état de spasme des artères périphériques et peut-être des artères du cœur.

Après une durée souvent assez longue (quelques minutes, un quart d'heure en moyenne), la crise se termine par un changement évident dans l'état de la circulation. La face devient rouge et chaude; l'énergie des battements cardiaques s'accroît, leur rythme se précipite, puis se ralentit, et tout rentre dans l'ordre.

Troubles de la circulation périphérique. — Le trouble de l'innervation des artères et des veines se manifeste par des alternatives de resserrement et de dilatation de ces vaisseaux. Ces changements se produisent avec plus ou moins de brusquerie; ils sont tantôt passagers et tantôt persistants. L'irritabilité vaso-constrictive s'accuse par la pâleur et le refroidissement des segments, la peti-

tesse du pouls. Ces modifications se localisent habituellement aux extrémités des membres, à la face. Ils apparaissent et se dissipent sous l'influence de causes multiples, d'une émotion, de l'anxiété, d'une impression de froid. Lorsque le spasme vasculaire est généralisé et subit, il peut donner lieu à un frisson intense et prolongé accompagné de tremblement et d'un abaissement considérable de la température périphérique. L'aspect du malade est alors tout à fait semblable à celui d'un paludique en proie au frisson initial de l'accès. Ces crises vaso-motrices, par leur intensité, leurs retours quelquefois réguliers, ont pu parfois donner le change et faire croire, en l'absence de tout contrôle direct, à l'existence de véritables accès fébriles.

Les phénomènes de *vaso-dilatation* ne sont pas moins communs. Ils alternent d'ailleurs fréquemment avec les états de resserrement des vaisseaux. Sous l'influence d'excitations minimes on voit apparaître chez la plupart des neurasthéniques, des rougeurs disposées en nappes ou bien en plaques plus ou moins étendues au visage, à la poitrine ou aux extrémités. Ce trouble vaso-moteur peut aller jusqu'à produire des infiltrations œdémateuses, mobiles et fugaces, le plus souvent symétriques et localisées à l'extrémité des membres inférieurs.

On s'est demandé, et il est probable qu'il en est ainsi, si de pareilles modifications ne se produisent pas également du côté des viscères, provoquant, suivant l'organe atteint, telle ou telle des manifestations observées chez les neurasthéniques, par exemple les poussées de diarrhée quand il s'agit de l'intestin, l'angor pectoris quand il s'agit des artères coronaires, le vertige, la dépression cérébral et l'insomnie, etc., lorsque les centres encéphaliques sont en jeu.

e. **Troubles des organes des sens.** — Tous les sens peuvent être intéressés, mais plus particulièrement la vue et l'ouïe.

Vision. — On a signalé des fluxions passagères de la conjonctive accompagnées d'un peu d'œdème des paupières. Mais le principal trouble oculaire consiste en un affaiblissement tout spécial de la vision, nous voulons parler de l'*asthénopie neurasthénique* des auteurs américains. L'œil se fatigue vite. Dès que le malade se livre à la lecture ou à telle autre occupation nécessitant une application soutenue de la vue, il éprouve une sensation de tension douloureuse dans les globes oculaires, bientôt suivie d'une confusion des images visuelles ; cependant les milieux transparents et les membranes de l'œil sont normaux. S'il existe quelque

trouble de la réfraction, ce trouble une fois corrigé à l'aide de verres appropriés, le neurasthénique ne reste pas moins incapable de soutenir un effort de vision un peu prolongé, et il est obligé parfois de restreindre et même de cesser ses occupations professionnelles. Il s'agit vraisemblablement d'un état de faiblesse des muscles de l'accommodation. L'asthénopie neurasthénique est souvent tenace, elle peut procéder par accès de durée plus ou moins longue ou se montrer continue; elle devient alors une cause de désespoir pour les malades et contribue puissamment à aggraver leur dépression cérébrale.

Le *rétrécissement* du champ visuel a été signalé dans certains cas de neurasthénie pure (Westphal, Charcot, Pitres), mais ce symptôme est tout à fait exceptionnel, toujours transitoire et de très courte durée. Il apparaît surtout au moment des accès de vertige.

Ouïe. — L'appareil auditif peut devenir irritable au même titre que les autres organes des sens. On peut observer, particulièrement chez les femmes, une hyperesthésie auditive véritablement maladive : elles perçoivent les bruits les plus légers; ceux de la rue et de la maison leur deviennent insupportables et sont pour elles une véritable cause de tourment. Pour les fuir, les malades

s'enferment dans leur chambre et se condamnent à une véritable réclusion. Elles entendent les battements de leurs artères au point d'en être incommodées au moment du sommeil.

Des sensations auditives se produisent spontanément en dehors de toute excitation extérieure : les malades se plaignent d'entendre tout à coup des sifflements, des bourdonnements, des bruits brefs éclatant comme une détonation.

Le *goût* et l'*odorat* présentent aussi dans quelques cas des perversions, des susceptibilités particulières.

f. **Troubles des organes génito-urinaires.** — Lorsque la neurasthénie a pour origine une lésion ou une perturbation fonctionnelle des organes génitaux, elle s'accompagne d'une série de désordres des fonctions sexuelles qui, par leur prédominance sur les autres symptômes, donnent à la maladie une physionomie particulière. Cette forme de neurasthénie sera décrite plus loin sous le nom de *neurasthénie génitale*.

Mais en dehors de cette forme spéciale, dans les cas d'épuisement nerveux procédant de toute autre cause, par exemple d'un choc traumatique, du surmenage intellectuel ou moral, on observe assez fréquemment des troubles génitaux et urinaires

d'intensité variable et qui consistent habituellement en ceci : les malades accusent une diminution progressive de l'appétit sexuel qui peut aller jusqu'à l'*impuissance*; ils sont sujets à des *pollutions nocturnes*. Ces phénomènes peuvent être le point de départ de préoccupations hypocondriaques d'un caractère grave.

En discutant les théories pathogéniques de la neurasthénie, nous exposerons les troubles utéro-ovariens qu'on peut observer chez les femmes et nous indiquerons la part qui revient à ces symptômes dans le développement de la neurasthénie elle-même.

Du côté des fonctions urinaires on rencontre des troubles variés : beaucoup de malades sont tourmentés par des besoins fréquents d'uriner, d'autres se plaignent d'uriner difficilement. Nous verrons combien est grande l'influence de l'auto-suggestion sur l'apparition et la persistance de cette catégorie de troubles.

La polyurie, l'oxalurie, l'albuminurie transitoire ont été signalées dans le cours des états neurasthéniques; d'après Albert Robin[1] 15 p. 100 des neurasthéniques sont atteints de phosphaturie; 10 p. 100 de phosphaturie albuminurique. Chez 10 p. 100 le

1. Communication écrite.

phosphore est incomplètement oxydé et il y a phosphorurie. Un certain nombre présente de la déminéralisation organique avec un coefficient de déminéralisation qui monte de 30 p. 100, à 50 et 60, mais il s'agit là, suivant toute vraisemblance, de phénomènes morbides contingents ou secondaires, étrangers à la symptomatologie fondamentale et primitive de la névrose.

CHAPITRE IV

FORMES DE LA NEURASTHÉNIE

Les signes de la neurasthénie que nous venons de passer en revue peuvent se grouper de façons diverses, de telle sorte que la physionomie clinique de l'affection envisagée dans son ensemble est variable suivant les cas. L'étude analytique des troubles qui la constituent ne donne pas une idée suffisamment précise de ces différences d'aspect et tous les auteurs, depuis Beard, ont senti la nécessité, pour communiquer à leurs descriptions plus de réalité et de vie, de tracer le tableau des FORMES multiples que la maladie peut revêtir.

Bien que l'étude séméiologique que nous avons esquissée ne soit qu'une simple préface à l'exposé des mesures d'hygiène que comportent la prophylaxie et le traitement de la neurasthénie, nous ne saurions ici nous désintéresser des formes de l'affection, car quelques-unes d'entre elles tout au moins

sont passibles d'une thérapeutique spéciale et d'une hygiène particulière.

Les auteurs ne s'accordent guère sur le nombre et les variétés de ces formes. Il serait superflu de rappeler ici les diverses nomenclatures qu'en ont dressées ceux qui ont écrit sur la neurasthénie; disons seulement que la plupart les ont multipliées à l'excès.

Il en est parmi celles qu'on a décrites qui, dans un ouvrage comme celui-ci, ne méritent guère plus qu'une simple mention. Nous les indiquerons sans nous y arrêter : telle est la forme *héréditaire* à début précoce, à durée longue et à accidents tenaces. Les causes occasionnelles ne sont pas indispensables à son apparition : elle se manifeste aux environs de la puberté, souvent sans raison appréciable, chez des jeunes gens pourvus d'une lourde hérédité morbide, qui ont quelquefois présenté dans l'enfance des bizarreries d'humeur, de caractère et d'intelligence. Chez ces malades, assez communément, s'associent aux stigmates neurasthéniques, les stigmates dits de dégénérescence, scrupules, doutes, obsessions et impulsions diverses.

Telle est encore la forme *aiguë* (*nervosisme aigu* de Bouchut qui se développerait brusquement sous l'influence d'une cause occasionnelle puissante,

d'un choc moral ou physique violent, s'accompagnerait de fièvre et pourrait se terminer par la mort. Les observations sur lesquelles on a essayé d'étayer l'existence de ce type sont jusqu'à présent peu nombreuses et insuffisamment probantes. En fait rien n'autorise à affirmer jusqu'à présent qu'il y ait une neurasthénie aiguë; mais il y a quelquefois une *phase aiguë* au début des états neurasthéniques chroniques, caractérisée par l'apparition subite et rapide des divers signes de l'asthénie nerveuse qui, après une durée quelquefois courte, s'amendent pour reparaître bientôt et s'installer d'une façon durable.

A côté des deux formes précédentes basées sur l'étiologie et sur la marche des troubles, on en a créé bien d'autres en rapport avec la localisation des symptômes et la prédominance de ces derniers dans telle ou telle partie de l'appareil nerveux : de ce nombre sont l'*hémineurasthénie* décrite par Beard et par Charcot (*Neurasthénie dimidiée*), dans laquelle la céphalée, l'amyosthénie, les troubles de sensibilité variés, en se localisant à un côté du corps, peuvent, à un examen sommaire, donner l'illusion d'une hémiparésie organique; la neurasthénie *gastrique* avec prédominance de l'atonie gastro-intestinale; la neurasthénie *cardiaque* (névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber), qui s'accuse

principalement par de l'angoisse précordiale, des accès de fausse angine de poitrine, des palpitations, des bouffées de chaleur à la figure; la neurasthénie à forme *névralgique*, que caractérisent surtout les névralgies de sièges variés; la neurasthénie *monosymptomatique* (Pitres) qui se traduit par des douleurs fixes et localisées, à la langue (*glossodynie*), à la mamelle, au coccyx, sur certains points des organes génitaux (clitoris). Ces *topoalgies* (P. Blocq) sont d'ordinaire le point de départ de préoccupations hypocondriaques vives et d'obsessions qui, dans le tableau clinique, prennent le pas sur le phénomène douloureux lui-même.

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur les formes qui précèdent et nous nous bornerons à présenter avec quelques développements celles qui nous semblent avoir une individualité plus marquée et une physionomie bien spéciale.

Ces formes se ramènent à quatre :

1° La neurasthénie *cérébro-spinale* (dont la neurasthénie cérébrale ou *cérébrasthénie* et la neurasthénie spinale ou *myélasthénie* ne sont que des subdivisions);

2° La neurasthénie *féminine*;

3° La neurasthénie *génitale*;

4° La neurasthénie *traumatique*.

1° Neurasthénie cérébro-spinale. — Elle ne nécessite pas une longue description : car elle résume en elle les symptômes les plus ordinaires de l'affection, tels que nous les avons déjà signalés. C'est, en somme, la forme à la fois la plus vulgaire et la plus complète de la neurasthénie. On y retrouve la céphalée, les vertiges, l'insomnie, l'émotivité, l'inaptitude au travail cérébral, la fatigue rapide de la vue, l'amyosthénie, la rachialgie, les douleurs névralgiques diverses, l'atonie gastro-intestinale avec ou sans les angoisses cardiaques.

Quand ce sont les manifestations cérébrales qui prédominent à l'exclusion des spinales, on dit qu'il y a *Cérébrasthénie*. Dans les cas au contraire où la céphalée est peu vive, où le travail cérébral est encore relativement facile, où les vertiges sont peu accusés, tandis que les douleurs du dos, les brûlures le long de la colonne vertébrale, l'impuissance motrice, la fatigue rapide et le dérobement des jambes, les engourdissements et les douleurs au niveau des membres, les troubles digestifs, dominent le tableau clinique, on a affaire à la *Myélasthénie*. C'est l'ancienne *irritation spinale* des auteurs. Il n'est pas utile de nous y arrêter davantage.

2° Neurasthénie féminine. — Celle-ci mérite

qu'on la décrive à part, car bien qu'elle emprunte, cela va sans dire, ses traits constitutifs au tableau général de la neurasthénie, elle a une physionomie particulière et comporte, comme on le verra plus loin, un traitement spécial. C'est Weir Mitchell qui l'a le mieux observée et le mieux décrite; cet auteur en outre a formulé les règles d'un traitement rationnel dont l'expérience a montré l'incontestable efficacité dans un grand nombre de cas.

La neurasthénie *féminine* représente un type à part qui ne s'observe, cela va sans dire, que chez la femme, mais ne comprend pas tous les cas de neurasthénie qui se développent dans le sexe féminin.

Son étiologie est un peu particulière : tantôt elle est consécutive à des désordres douloureux de l'appareil utéro-ovarien ; plus souvent elle est la conséquence du surmènement physique, intellectuel ou moral, et parmi les circonstances qui sont susceptibles de provoquer ce surmènement, il en est une qu'on retrouve souvent à l'origine de la neurasthénie *féminine* et dont Weir Mitchell a fait ressortir avec raison la fréquence et l'importance : les soins réguliers et continus que la femme, en sa qualité de garde-malade naturelle, est souvent obligée de prodiguer à un de ses proches, à son père, à son mari, à son enfant, deviennent la cause

de fatigues physiques, tenant à l'alimentation insuffisante, à la vie renfermée, à l'insomnie; il s'y ajoute les angoisses qui résultent de la continuelle préoccupation de l'issue de la maladie et quelquefois le chagrin, conséquence d'une terminaison fatale. La neurasthénie est souvent au bout de ces longues périodes de tourment, d'appréhension, de douleurs morales, de surmènement de tout l'être, et il n'est pas rare qu'elle affecte des caractères assez spéciaux.

Le trait dominant de cet état neurasthénique, c'est le découragement profond, l'impuissance à vouloir, l'*aboulie* en un mot, jointe à un degré d'*asthénie musculaire* qu'on n'observe guère que dans cette forme. Les malades se fatiguent au moindre effort et en arrivent à ne plus oser marcher, soit à cause de l'extrême lassitude qu'elles ressentent lorsqu'elles sont debout, soit parce qu'elles sont en proie à de continuels vertiges, ou parce que la station debout et la déambulation sont pour elles une source de fatigue, de malaise et d'angoisse. Dès lors elles renoncent à sortir, et se confinent dans leur appartement où elles passent leurs journées, assises ou plus souvent étendues, dans l'oisiveté la plus complète. C'est qu'en effet toute activité leur coûte : elles ne peuvent lire sans fatigue, écouter une conversation de quelque durée

et encore moins écrire, coudre, se livrer à un travail quelconque. Elles ressentent des douleurs vagues, diffuses, l'appétit devient languissant, les selles rares et difficiles; quelquefois les malades maigrissent, assez fréquemment, au contraire, elles gardent leur embonpoint et donnent souvent l'illusion d'une santé relative.

L'entourage intervient d'ordinaire pour aggraver le mal, soit qu'il croie à une maladie « imaginaire » et témoigne à la patiente, au sujet de ses souffrances et de son incapacité, des doutes qui sont de nature à exagérer ses préoccupations et ses angoisses, soit qu'au contraire il lui manifeste une sympathie maladroite qui n'est pas moins préjudiciable. « Il est encore une autre cause de désordre à ajouter à tous ceux qui pèsent sur les patientes dont j'ai décrit l'affection, dit Weir Mitchell, c'est la tendresse, la sympathie exagérée d'une mère, d'une sœur ou d'une autre parente dévouée. Il n'est rien de plus curieux et à la fois de plus triste et de plus digne de pitié, que cette association entre la malade et son égoïsme d'un côté et la personne bien portante et son dévouement exagéré de l'autre.... La patiente souffre de la colonne vertébrale, on la presse de se reposer. Elle ne peut pas lire; celle qui s'est constituée sa garde-malade lui fait la lecture. La lumière lui fait mal aux yeux,

sa mère s'enferme avec elle toute la journée dans une chambre obscure. On craint un courant d'air, immédiatement portes et fenêtres sont fermées. » Et Weir Mitchell ajoute avec raison : « Pour guérir un cas semblable, il faut modifier le moral en même temps que vous améliorez le physique; ce n'est qu'à cette condition que vos soins ne seront pas inutiles. La première chose à faire, c'est de séparer le malade des siens, et de substituer à leur société les soins assidus, mais pleins de fermeté, de la garde-malade de profession. »

3° Neurasthénie génitale. — Il s'agit là d'une forme essentiellement masculine de la neurasthénie. Nous dirons plus loin, à propos des théories de la maladie, quelques mots des relations qu'on a voulu établir entre l'asthénie nerveuse de la femme et certaines lésions de l'utérus ou de ses annexes. La neurasthénie génitale dont il doit être ici question n'a rien à faire avec celle-ci : elle ne s'observe que chez l'homme et emprunte aux circonstances dans lesquelles elle se développe et aux symptômes par lesquels elle se traduit une physionomie assez spéciale. Elle a été bien écrite par Beard, par Ultzmann et surtout par Krafft-Ebing.

A en croire les malades, et les auteurs se sont faits trop complaisamment l'écho de leur manière

de voir, les troubles qui la constituent seraient d'habitude consécutifs à des excès sexuels, particulièrement aux excès de masturbation pendant l'adolescence, quelquefois aux excès de coït. Plus rarement ils succéderaient à des affections plus ou moins durables du canal de l'urètre, notamment à la blennorragie chronique. Ces affections ou ces excès amèneraient un éréthisme des centres qui président à l'érection et à l'éjaculation et plus tard l'atonie et l'inactivité de ces centres, d'où dériveraient les divers symptômes de la neurasthénie génitale.

A regarder les choses de près, les causes occasionnelles invoquées par les malades nous semblent avoir une importance bien moindre que celles qu'ils leur attribuent : bien souvent les excès dont ils s'accusent ne dépassent pas la moyenne de ceux dont les adolescents et les adultes sont coutumiers. C'est ailleurs qu'il faut chercher la cause véritable des troubles qui caractérisent la neurasthénie génitale; les jeunes gens qui en sont affectés présentent d'ordinaire des stigmates avérés de dégénérescence. Héréditaires ou non, ce sont des gens chez qui on retrouve les signes d'une débilité congénitale transmise ou acquise du système nerveux : convulsions infantiles, incontinence nocturne d'urine jusqu'à un âge plus ou moins voisin de

l'adolescence, malformations des oreilles, développement insuffisant ou exagéré de la verge ou des testicules, timidité morbide, doutes, scrupules. En fait ces malades sont souvent déjà des « mentaux » avant d'être des neurasthéniques, et leur neurasthénie porte constamment l'empreinte d'un dérangement cérébral assez accusé; elle s'accompagne d'une véritable obsession hypocondriaque.

Parmi les symptômes dont se plaignent ces obsédés, les symptômes génitaux tiennent naturellement la première place : ce sont des pollutions nocturnes fréquentes et fatigantes, du priapisme, des éjaculations rapides au contact de la femme, qui ne permettent pas l'accomplissement régulier et complet des rapports sexuels. A un degré plus avancé c'est une véritable impuissance, plus psychique à la vérité que spinale : le malade a ou n'a pas d'érections, mais en tout cas l'érection ne se produit pas ou cesse au moment de l'acte physiologique. Si les désordres s'accusent plus encore, on voit les éjaculations survenir à l'occasion de la moindre excitation, d'une pensée érotique, de la vue d'une femme ou même d'un frôlement ou d'une secousse comme celles que provoquent l'équitation ou les cahots de la voiture : ces éjaculations ne s'accompagnent d'ailleurs d'aucune sensation voluptueuse. Il peut même arriver que la spermator-

rhée se produise sans la moindre érection quand les malades font un simple effort de miction ou de défécation. A la vérité, dans ce dernier cas, c'est moins souvent la spermatorrhée vraie que la prostatorrhée qu'on observe, et les sujets prennent fréquemment pour du liquide spermatique le simple mucus prostatique et urétral.

Ces troubles de l'érection et de l'éjaculation s'accompagnent de sensations pénibles : brûlures du canal, douleurs à caractère névralgique au niveau des cuisses et des lombes, et des divers symptômes de la neurasthénie cérébro-spinale : rachialgie, céphalée, amyosthénie, troubles dyspeptiques, accès de palpitations et d'angoisse cardiaque.

Mais ce qui donne au tableau clinique une physionomie assez à part, c'est l'état psychique spécial de ces malades : ils sont aussi confus qu'affectés de leur situation et leur visage exprime à la fois la timidité, la honte et la tristesse. Ils parlent d'ordinaire peu et à voix basse ; absorbés par leurs préoccupations maladives, ils se désintéressent de toutes les choses de la vie qui n'ont pas trait à ces préoccupations. C'est parmi eux que se recrutent quelques-uns de ces *persécutés auto-accusateurs*[1] sur lesquels nous avons appelé l'attention ; le

1. G. Ballet. *Leçons de clinique médicale.* Paris, 1897. O. Doin, éditeur.

désespoir les conduit assez souvent aux idées de suicide, et quelquefois même ils passent de l'idée à l'acte.

4° Neurasthénie traumatique. — La neurasthénie traumatique réalise une forme dont la personnalité n'est pas moins accusée que celle de la neurasthénie féminine et de la neurasthénie génitale. Ses symptômes à la vérité s'associent assez souvent à de l'hystérie pour constituer l'hystéro-neurasthénie traumatique. Afin d'éviter de sortir du cadre de ce livre, nous ne nous préoccuperons ici que de la neurasthénie simple.

Il y a quelque trente ans les médecins anglais et américains (Lidell, Syme, Morris, de Savory) s'attachèrent à décrire sous le nom de *Railway spine* des accidents nerveux de diverse nature qu'ils avaient observés chez des individus victimes d'accidents de chemin de fer. Erischsen attribua ces accidents à des lésions superficielles de la moelle, du cerveau et de leurs enveloppes : Westphal et Leyden s'associèrent à cette manière de voir.

Quelques années plus tard, en 1884 et 1885, Oppenheim et Thomsen émirent à propos de la pathogénie des accidents en question une opinion différente : ils les considérèrent comme de simples troubles nerveux, mais qui par leur physionomie

réaliseraient une entité clinique spéciale, différente des névroses jusque-là décrites, et qu'ils appelèrent *névrose traumatique*.

Cependant deux médecins américains, Walton et Putman, avaient fait ressortir l'analogie qui existe entre certains des symptômes de cette névrose et ceux de l'hystérie telle qu'on la reconnaissait déjà. Page (1885) avait fait des remarques analogues; Charcot vers la même époque s'appliqua à montrer que les divers troubles décrits comme des manifestations particulières de la névrose traumatique ne sont après tout que celles de l'hystérie ou de la neurasthénie, tantôt isolées, tantôt associées.

Cette manière de voir ne nous paraît pas contestable. Mais Charcot alla un peu loin lorsque, après avoir refusé avec raison à la neurasthénie traumatique toute individualité nosologique, il lui refusa également l'individualité clinique. Or, il n'est pas exact de dire que la neurasthénie traumatique ne puisse se différencier de la neurasthénie produite par une autre cause. En fait dans la majorité des cas, comme divers auteurs, et Brouardel et Vibert notamment, l'ont avancé, elle a une physionomie assez spéciale.

Passons rapidement en revue ses causes et ses symptômes.

La neurasthénie traumatique peut être la consé-

quence d'un accident tout individuel : elle se montre à la suite d'une chute de cheval ou de voiture, d'un coup reçu à la tête, de la chute d'un échafaudage. Plus fréquemment elle reconnait pour cause des catastrophes où sont impliqués un plus ou moins grand nombre d'individus : tremblements de terre, accidents de chemin de fer. On a fait depuis longtemps la remarque que les victimes qui en sont le plus souvent affectées ne sont pas celles qui présentent les blessures les plus graves : c'est qu'en fait la neurasthénie traumatique reconnait pour cause beaucoup moins le choc physique que le choc moral, c'est-à-dire l'émotion et la frayeur occasionnées par l'accident.

Bien que les premiers symptômes puissent se manifester assez promptement, en général ils n'apparaissent que quelques jours et parfois quelques semaines après l'événement qui les a provoqués. La neurasthénie traumatique emprunte sa physionomie propre surtout aux troubles psychiques, qui sont ici, au moins dans les cas typiques, beaucoup plus accusés que dans les autres formes de neurasthénie.

La physionomie des malades exprime à la fois la tristesse et l'hébetude. Leur marche est lente, gênée, ou même titubante : ils s'avancent à petits pas et tout d'une pièce, comme si les articulations

de la colonne vertébrale et des membres inférieurs avaient perdu leur souplesse. Leur parole est basse et hésitante, quelquefois même trémulante. Ils ont une grande peine à fixer l'attention : aussi répondent-ils avec certaine difficulté, au moins avec une certaine lenteur aux questions qu'on leur adresse ; ils se plaignent de ne plus pouvoir lire, ni travailler. Ils ont une grande torpeur de la mémoire. Leur émotivité est excessive et souvent ils fondent en larmes dès qu'on leur parle de leur affection et des causes qui l'ont provoquée. Ils ont une céphalée vive, des vertiges, de l'insomnie ; quand ils s'endorment ils sont tourmentés par des cauchemars pénibles où les péripéties de leur accident tiennent d'ordinaire une large place.

Ils accusent fréquemment des troubles de la sensibilité, des algies locales, des engourdissements, des sensations de froid, de fourmillement, de brûlure au niveau des membres, de l'asthénopie, des bourdonnements d'oreille avec ou sans hyperacousie.

L'asthénie musculaire est générale et très accusée.

Il y a comme chez la plupart des neurasthéniques des troubles digestifs, mais ici l'atonie gastro-intestinale se complique assez souvent de vomissements.

Le pouls dans bien des cas est fréquent et avec cela petit, quelquefois intermittent. On peut observer de la polyurie, de la glycosurie. Communément il y a de l'impuissance génitale.

En somme, on retrouve dans la neurasthénie traumatique, combinée ou non à l'hystérie, les divers symptômes qui font partie intégrante du tableau habituel de l'asthénie nerveuse, mais à un degré en général beaucoup plus accusé.

Enfin l'impuissance mentale, la tristesse, l'aboulie et le facies spécial que ces troubles déterminent communiquent au malade une physionomie assez à part pour que la neurasthénie traumatique, contrairement à ce qu'on peut dire, soit d'ordinaire aisée à différencier et soit une individualité clinique incontestable.

CHAPITRE V

LES AFFECTIONS QU'ON CONFOND SOUVENT AVEC LA NEURASTHÉNIE. — NÉCESSITÉ D'UN DIAGNOSTIC PRÉCIS PRÉALABLE POUR INSTITUER UN TRAITEMENT RATIONNEL.

Le mot *neurasthénie* a eu une remarquable fortune; non seulement il a vite pris place dans le vocabulaire médical, mais il est assez promptement devenu populaire. Tout le monde le connaît et s'en sert, et comme de tous les termes techniques tombés dans le domaine public, on s'en sert à tort et à travers. De même qu'il n'est guère d'accès de fièvre, de rhume ou d'angine qu'on n'attribue à l'*influenza*, de même il n'y a pas de phénomène nerveux qui ne soit, lorsqu'il se présente, qualifié, au moins provisoirement, de trouble neurasthénique par les malades, leur entourage et quelquefois même par le médecin.

Aussi le champ de la neurasthénie serait-il singulièrement étendu et divers si l'on s'en référait aux attributions que journellement on lui fait indûment.

Or, la confusion d'une espèce nosologique avec d'autres qui lui ressemblent plus ou moins, a, dans la pratique, les conséquences les plus fâcheuses. Elle conduit non seulement à des erreurs de pronostic, ce qui n'est déjà pas sans inconvénients, mais encore à des erreurs de traitement, ce qui est peut-être plus grave.

Aussi n'est-ce pas sans surprise que nous avons vu, dans un livre récent, d'ailleurs plein de données justes et originales[1], Dubois (de Berne), qui est un médecin de grand sens et de grande expérience, s'accommoder de cette confusion, et repousser, comme une préoccupation vaine, inutile et stérile, le souci du diagnostic nosologique précis. « Sans doute, dit-il, la scarlatine, la rougeole sont des entités morbides aussi bien que les maladies infectieuses dont on connaît et cultive le microbe. Et il en est de même pour la plupart des affections organiques, même quand nous sommes encore dans l'ignorance la plus complète de leur pathogénie. Mais aussitôt que nous abordons le terrain psychique, ce respect de la classification n'est plus possible. Sans supprimer ces appellations consacrées par l'usage, sans renoncer à l'analyse, sans même craindre d'établir encore des sous-classes par l'étude

1. Dubois. *Les psychonévroses et leur traitement moral.* Paris. Masson. 1904.

plus précise des symptômes, on est contraint d'opérer des synthèses, d'effacer les distinctions. Ce n'est pas voir bien, c'est voir de plus haut. »

Pour bien voir il n'est pas mauvais, en effet, de s'élever un peu : on apprécie mieux ainsi les rapports réciproques des choses ; mais il faut se garder de laisser le ballon monter jusqu'aux hauteurs d'où l'on ne distingue plus les détails, car alors tout se brouille et se confond : des séparations fondamentales s'effacent, qui établissent pourtant, entre les affections, des différences de pronostic et d'évolution de première importance ; on en revient de la sorte à un traitement symptomatique, qui n'est presque plus que de l'empirisme. Ce n'est pas pour la simple satisfaction de « servir aux malades un nom tiré du grec » ou d'ailleurs, qu'après avoir, par un travail d'observation long et laborieux, séparé les unes des autres les diverses espèces morbides, on a éprouvé le besoin de les dénommer. Ces dénominations ne sont pas de simples fantaisies de philologues ; chacune d'elles, à la condition qu'elles s'appliquent à des entités bien caractérisées, implique une marche, une évolution, un pronostic, un traitement qui ne sont, et je suis surpris que Dubois paraisse supposer le contraire, ni la marche, ni l'évolution, ni le pronostic, ni le traitement de l'entité voisine. Un

exemple me permettra de montrer quelle importance ont ces questions de nomenclature. Sous le nom de « dépression périodique », Lange (de Copenhague) a décrit, en 1885, une affection caractérisée par des crises intermittentes et récidivantes de dépression. Lange n'avait pas vu que cette affection n'est qu'une des modalités de la maladie découverte, il y a plus de cinquante ans, par Falret et par Baillarger, et qu'ils dénommèrent folie circulaire ou folie à double forme. Il était excusable à l'époque; aujourd'hui il ne le serait plus après les travaux nombreux auxquels ont donné lieu, tant en France qu'à l'étranger et notamment en Allemagne, les psychoses périodiques. Et bien, l'expression créée par Lange a fait illusion : d'aucuns ont cru à une maladie spéciale, là où il s'agit simplement d'une forme spéciale de maladie; Dubois, précisément, et j'en suis surpris, me paraît être du nombre, au point que, méconnaissant l'identité de symptomatologie fondamentale, reconnue par tous les psychiatres, qui, abstraction faite de la question de degré, rapproche les unes des autres les formes diverses des psychoses périodiques, il considère les crises de dépression intermittente comme des crises aiguës de neurasthénie. Cela m'étonne d'autant plus qu'entre la neurasthénie et la mélancolie inter-

mittente il n'y a, s'il y en a, que de très lointaines et très superficielles ressemblances et, au contraire, des différences radicales de physionomie, d'étiologie et d'évolution.

Et qu'importe, dira Dubois, au point de vue pratique? Il importe beaucoup : l'évolution de l'une et de l'autre affection étant très différentes, le pronostic dans l'un et l'autre cas est très différent, et le traitement aussi. Je ne sache pas que par la psychothérapie, quelle qu'en soit la forme, ou par tout autre moyen on ait jamais abrégé d'une heure la durée de l'accès de « dépression périodique » le plus léger, pas plus que celle de l'accès le plus accusé de psychose à double forme; Dubois me semble avoir l'illusion contraire; je suis convaincu que cette illusion eût été dissipée si, ayant moins de dédain pour la nosologie et les dénominations que celle-ci comporte, il avait regardé de moins haut et vu en sa place l'affection qu'a cru découvrir Lange.

Non, les distinctions ne sont pas inutiles et vaines, et je ne puis pas ne pas supposer que ce qu'a écrit Dubois n'ait pas dépassé sa pensée. Comme tous les neurologistes, parmi lesquels il tient une très honorable place, il a dû voir les inconvénients pratiques des diagnostics superficiels, erronés ou incomplets.

En matière de névroses et de psychoses, en effet, on est exposé aux pronostics les plus faux et à la thérapeutique la plus déplorablement empirique et la plus stérile si, au préalable, on ne porte un diagnostic précis ; le temps est passé où l'on se contentait de qualifier atteints de *nervosisme* tous les malades affectés de troubles nerveux quelconques, et les progrès que l'observation clinique a fait faire à la nosologie à ce point de vue, ne sauraient être, sous le prétexte — qui a toujours été celui des médecins ignorants — qu'on vise surtout la pratique, ni méconnus ni dédaignés par les médecins dignes de ce nom.

Sur dix malades qui se présentent au neurologiste comme atteints de neurasthénie, une bonne moitié d'entre eux sont atteints de tout autre chose. Et la première tâche du médecin doit être de rectifier le diagnostic erroné porté le plus souvent spontanément par le malade ou son entourage, mais quelquefois aussi par un confrère « regardant de haut » et dédaigneux des distinctions nosologiques.

Dresser ici le bilan détaillé de toutes les affections qui, à l'une ou l'autre de leurs périodes, sont indûment qualifiées de neurasthénie, nous conduirait à passer en revue la pathologie nerveuse presque tout entière. Au reste, un chapitre de

diagnostic différentiel est toujours forcément sommaire, insuffisant, et à quelques égards artificiel. Nous voudrions indiquer ici simplement et brièvement les confusions les plus communes, celles, par conséquent, contre lesquelles il faut principalement se mettre en garde.

Il est assez rare qu'on prenne de simples troubles neurasthéniques pour les symptômes d'une *lésion* du système nerveux ou inversement. Cependant, dans certains cas, l'erreur est possible et quelquefois même excusable.

Signalons celles qui sont le plus habituelles.

Il est fréquent qu'un ancien syphilitique, éprouvant de la fatigue, quelques troubles dyspeptiques, des vertiges, des topoalgies diverses, bref quelques signes d'asthénie nerveuse, se croit atteint d'*ataxie locomotrice*. L'erreur ou, si l'on veut, la crainte, est particulièrement commune chez les médecins : la phobie de l'ataxie n'est pas exclusivement, tant s'en faut, mais est surtout une phobie médicale. On se rappellera, en pareil cas, que la maladie de Duchenne ne se caractérise pas seulement par des signes subjectifs, mais par des signes objectifs de premier ordre : signe de *Westphal* (abolition des réflexes rotuliens); signe d'*Argyl-Robertson* (non réaction de la pupille à la lumière avec conservation de la réaction à l'accommodation); signe de

Romberg (oscillations sur sa base quand le malade, étant debout, ferme les yeux); troubles urinaires (rétention ou incontinence); troubles génitaux (impuissance et frigidité).

La crainte de la *paralysie générale* est aussi très commune chez les syphilitiques déprimés, fatigués par le surmenage moral, dont l'appréhension des suites possibles de l'infection n'est pas l'une des moindres causes. En général, le diagnostic est facile : l'absence des symptômes médullaires (douleurs fulgurantes, exagération ou absence des réflexes rotuliens, troubles urinaires, troubles génitaux), des symptômes bulbaires (hésitation de la parole, tremblement de la langue et des lèvres), des signes oculaires (inégalité pupillaire, signe d'Argyl, parésies motrices des yeux), des symptômes corticaux (affaiblissement net et objectivement appréciable de la mémoire, modifications du caractère, irritabilité) permettent de la résoudre.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que certaines paralysies générales débutent par des symptômes rappelant ceux de la neurasthénie, que, pendant longtemps, quelquefois plusieurs années, comme je l'ai montré [1], la symptomatologie

1. G. Ballet, La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale, in *Leçons de cliniques*, Paris, O. Doin, 1897.

reste subjective et que les signes objectifs ou décrétoires de la maladie faisant défaut, le diagnostic demeure douteux et indécis. J'ai insisté naguère sur quelques particularités qui permettent de distinguer ces fausses neurasthénies préparalytiques de la neurasthénie vraie (variations brusques d'un jour à l'autre dans les symptômes, bizarreries de certaines des sensations accusées par les malades, intensité anormale de quelques-unes de ces sensations, etc.). Si l'on reste dans l'embarras, on a aujourd'hui pour s'éclairer la ressource de la *ponction lombaire*, puisqu'il est démontré que, dans la règle, la lymphocytose rachidienne, absente chez les neurasthéniques, existe plus ou moins abondante dans la paralysie générale comme dans le tabes.

Inutile de signaler la confusion possible entre la neurasthénie et les tumeurs cérébrales. Elle n'est jamais de longue durée. L'intensité de la céphalalgie, les vomissements, les lésions papillaires, dans les néoplasmes, permettent d'ordinaire promptement de la dissiper, quand les premiers symptômes l'autorisaient.

Les troubles neurasthéniformes (céphalée, vertige, dyspepsie, lassitude, dépression morale légère) ne sont quelquefois que la manifestation secondaire d'un état organique sous-jacent : affection rénale,

hépatique ou cardiaque, état d'hypertension artérielle, auto-intoxication arthritique ou intoxication d'origine externe. Il suffira de se le rappeler pour comprendre l'importance, chez tout individu suspecté de neurasthénie, d'un examen complet de l'organisme, sans lequel on s'exposerait à laisser passer inaperçus les désordres auxquels se relie étroitement l'état nerveux et auxquels, par conséquent, la thérapeutique doit être subordonnée.

Mais les erreurs les plus fréquentes de diagnostic ne sont pas celles qui consistent à prendre pour de simples troubles nerveux les manifestations de lésions encéphalo-médullaires ou viscérales; les plus communes résultent de la confusion qui règne encore dans l'esprit de beaucoup de médecins au sujet des diverses névroses ou psychoses. Comme on connaît insuffisamment les caractères propres de ces dernières, on simplifie la situation en les réunissant pêle-mêle sous un même *caput mortuum*; on n'ose plus guère dire simplement *nervosisme*, comme jadis, on dit *neurasthénie* : c'est plus moderne, mais ce n'est ni plus précis, ni plus exact.

Il n'est pas possible, dans un livre comme celui-ci, de s'appesantir sur les caractères et la physionomie des diverses espèces morbides qu'on met indûment au compte de la neurasthénie : c'est

presque toute la nosographie des névroses et des psychoses qu'il nous faudrait retracer ici. Je me bornerai à rappeler quels sont les caractères fondamentaux des groupes de malades qui défilent le plus communément devant le neurologiste et qu'il faut bien se garder de considérer comme simplement atteints d'asthénie nerveuse.

A ne les envisager qu'au point de vue des symptômes qui dominent la situation, ces malades peuvent se classer en quatre groupes :

1° Les *asthéniques* ;

2° Les *scrupuleux*, *douteurs*, *phobiques* ;

3° Les *mélancoliques* ;

4° Les *hypocondriaques*.

Chacun de ces groupes renferme lui-même des malades très divers, car il s'agit ici d'une classification purement symptomatique et non nosologique. Dès lors, la recherche qui s'impose tout d'abord au médecin est de reconnaître auquel de ces quatre groupes appartient le malade, puis, le symptôme dominant étant ainsi bien déterminé, de le rattacher à la névrose ou à la psychose dont il relève.

1° L'*asthénique* est le malade qui fait l'objet de ce livre : chez lui les phénomènes caractéristiques sont ceux qu'on a décrits plus haut, phénomènes qui, tous, expriment la fatigue nerveuse (céphalée,

rachialgie, inaptitude au travail, amyosthénie, atonie gastro-intestinale). Sur ce fonds de faiblesse viennent souvent se greffer quelques-uns des symptômes des autres groupes, des scrupules, des doutes et des phobies, de la tristesse qui ressemble à celle des mélancoliques, des préoccupations hypocondriaques. Mais, avec un peu d'attention et d'habitude de l'observation neuro-pathologique, on arrive vite à se convaincre que ces phénomènes sont accessoires, secondaires; que leur pronostic et leur traitement sont étroitement subordonnés au pronostic et au traitement de la neurasthénie elle-même.

L'état de fatigue et d'impuissance cérébrale plus ou moins accusée des neurasthéniques ne les prédispose pas seulement aux doutes, aux phobies, à la tristesse, aux préoccupations hypocondriaques, mais encore à toutes les formes d'auto-suggestion. Voilà pourquoi on trouve si fréquemment associés aux phénomènes neurasthéniques des symptômes hystériques (*hystéro-neurasthénie*). Cette association est la règle dans la neurasthénie dite traumatique.

2° Le *scrupuleux*, le *douteur*, le *phobique* diffère profondément du neurasthénique. Chez lui, les manifestations ne sont plus celles de la fatigue nerveuse; il s'agit d'une forme particulière d'im-

puissance cérébrale, l'impuissance à arriver à la certitude. Car au fond, derrière les diverses manifestations que nous envisageons, il y a toujours un doute; doute quelconque, constituant la maladie du doute proprement dite, doute d'ordre moral, constituant le scrupule, doute sur la nocuité possible d'un objet ou d'un acte, constituant la phobie.

Nous avons indiqué plus haut que le doute pouvait accidentellement s'associer à la neurasthénie. Mais quand il en dépend, comme un phénomène secondaire, il est d'habitude peu accusé, transitoire, aisément curable. D'autres fois c'est lui, au contraire, qui, occupant la place première dans le tableau clinique, se double de phénomènes secondaires d'impuissance cérébrale. Ces phénomènes, qu'a bien étudiés P. Janet[1] (l'incomplétude morale, la perte de la fonction du réel, etc.), sont des complications des formes graves, invétérées, de la maladie du doute. Janet a proposé de se servir de l'expression de *Psychasthénie* pour désigner l'ensemble des symptômes dont ces malades sont affectés. C'est détourner fâcheusement, à notre sens, le mot de la signification courante qu'il a prise : il sert à désigner la fatigue mentale, l'impuissance au

1. P. Janet. *Les obsessions et la psychasthénie*, Paris, Alcan, 1903.

travail cérébral des simples neurasthéniques. Il ne dit pas assez pour dénommer les grands insuffisants que Janet a eus en vue.

Quoi qu'il en soit, le douteur, tel qu'il se présente journellement au neurologiste, est très différent du neurasthénique par les symptômes qu'il accuse et par la marche et l'évolution ordinaire de ces symptômes. C'est avant tout un psychopathe qu'à tort ou à raison on a classé naguère dans le groupe un peu confus des dégénérés; chez lui, sauf exception, on ne relève aucun des symptômes caractéristiques de l'asthénie nerveuse, ni la céphalée, ni la rachialgie, ni l'atonie gastro-intestinale, ni l'amyosthénie. Si ces troubles s'y voient, ils constituent des phénomènes associés qui n'ont rien à faire avec l'état mental fondamental des malades, à moins que les doutes ne soient eux-mêmes ces doutes secondaires, ordinairement peu accusés et assez facilement curables, qui compliquent quelquefois la neurasthénie. L'évolution des phénomènes présentés par le douteur est, d'ailleurs, différente de celle des troubles neurasthéniques. Ceux-ci ont une certaine continuité; guéris, ils peuvent ne pas reparaître si les causes qui les ont une première fois provoqués ne se reproduisent pas. Les scrupules, les doutes, les phobies, quand ils n'ont pas la continuité et la persistance qui ne

se voient que dans les formes les plus graves, procèdent par poussées, par crises plus ou moins durables, dans l'intervalle desquelles les malades, qui restent sans doute des hésitants, ne souffrent plus des angoisses pénibles qui se manifestent dans les périodes de paroxysmes. La psychothérapie par persuasion, qui rend dans la neurasthénie tant de services, la suggestion, si utile dans l'hystérie, n'ont ici que très peu de prise; ce qui se comprend puisqu'on n'a affaire ni à des troubles par auto-suggestion, ni à de simples habitudes morbides, mais à une insuffisance cérébrale constitutionnelle.

3° Le *mélancolique* est journellement pris pour un neurasthénique. L'erreur est d'autant plus surprenante que s'il est aisé de voir les traits par lesquels il en diffère, on chercherait vainement entre les deux malades une ressemblance. L'état mélancolique, quelle qu'en soit la nature, est constitué par des troubles les uns constants et fondamentaux, les autres secondaires et inconstants quoique habituels. Le phénomène primitif et constant est un trouble *émotionnel* ou *affectif*; il s'agit d'un sentiment plus ou moins nettement conscient d'abattement, d'impuissance et conséquemment de tristesse et d'angoisse. Ce trouble de l'affectivité a pour corollaires la paresse de l'intelligence,

l'inertie partielle ou complète de la volonté, la lenteur dans les mouvements, l'aboulie. Les troubles accessoires résultent du travail subconscient auquel se livre l'esprit du malade pour interpréter les modifications de l'affectivité; ils consistent en *idées fausses* d'indignité, de culpabilité, de ruine, plus rarement en idées hypocondriaques. Le contraste est absolu avec la neurasthénie. Et ce contraste s'accuse encore si on envisage l'évolution de l'affection. La mélancolie procède par accès, courts ou longs, pouvant débuter brusquement et se terminer de même, récidivant fatalement, à des intervalles plus ou moins rapprochés, au moins dans la forme la plus commune à beaucoup près, la mélancolie intermittente.

Le diagnostic est d'autant plus indispensable que le traitement de la neurasthénie diffère du tout au tout de celui de la neurasthénie.

4° On parle souvent d'*hypocondrie*; c'est un mot dont on se sert quelquefois à tort et presque toujours sans se rendre compte de la nature du trouble qu'il désigne.

L'hypocondrie n'est pas une maladie, c'est un symptôme dont la signification clinique et nosologique varie suivant la physionomie qu'il revêt. Ce symptôme consiste dans « une préoccupation nettement exagérée ou sans fondement, relative à

la santé physique[1] ». Il fut un temps où les neurasthéniques étaient confondus avec les hypocondriaques ; on en faisait volontiers des malades *imaginaires*. La description de Beard et celles qui vinrent à la suite montrèrent ce qu'il y avait d'erroné dans cette conception. Or, par un retour assez habituel des choses, voilà que quelques auteurs semblent aujourd'hui avoir de la tendance à revenir à l'ancienne manière de voir : la neurasthénie redeviendrait une maladie d'imagination puisque, d'après la tendance à laquelle je fais allusion, ses symptômes seraient des images de souffrance ou de malaise fixées dans l'esprit par habitude et sans cause physique réelle. Nous avons dit ailleurs ce que nous pensions à cet égard. La neurasthénie, quelle qu'en soit l'étiologie, est constituée par un état de fatigue nerveuse ; or, la fatigue nerveuse est quelque chose de réel, qui se sent, se mesure même. C'est cette fatigue, élément constitutif fondamental de l'affection, que le traitement doit viser d'abord et surtout. Seulement, sur ce fond viennent aisément se greffer des habitudes défectueuses de sentir et de réagir, des préoccupations erronées et fausses. C'est à ce titre que l'idée hypo-

1. Pierre Roy. De l'hypochondrie. Étude pathogénique et nosologique (*Rapport présenté au Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, session de Rennes, 1905).

condriaque peut s'associer à la neurasthénie en la compliquant. Mais, de même que les scrupules et les doutes, elle n'en est, lorsqu'elle s'y montre, qu'une complication ou un dérivé. D'ailleurs elle se rapproche beaucoup par sa nature, sinon par sa forme, de ces scrupules et de ces doutes.

L'hypocondrie du neurasthénique, que j'ai proposé d'appeler *petite hypocondrie*, par opposition aux *phobies hypocondriaques obsédantes* et à la *grande hypocondrie*[1], constitue moins une véritable conviction fausse qu'une appréhension, une crainte : l'esprit n'affirme pas, il doute dans une certaine mesure. C'est une sorte de phobie, mais une phobie analogue aux autres phobies neurasthéniques, moins obsédante, moins angoissante du moins que celles qu'on observe chez les vrais douteurs. L'hypocondriaque neurasthénique est accessible au raisonnement ; il se laisse volontiers convaincre par les arguments qu'on lui fournit, quand ces arguments sont bien présentés, et s'il n'est pas toujours commode de le guérir par la persuasion, de ses sensations pénibles, il est en général facile de dissiper, au moins pour un moment, les préoccupations erronées que ces sensations ont fait naître.

1. G. Ballet. De l'hypochondrie (*Leçons de clinique médicale*, loc. cit.).

A côté de l'hypocondriaque neurasthénique (petit hypocondriaque), il faut placer celui chez qui l'appréhension maladive est une simple forme de la maladie du doute. Ces hypocondriaques, chez qui la crainte prend les proportions de la plus angoissante des obsessions, sont légion. On les tient d'ordinaire pour des neurasthéniques, des malades imaginaires, même des délirants. On ne s'aperçoit pas que ce sont de simples phobiques, dont la phobie s'est orientée vers les préoccupations relatives à la santé, comme elle eût pu s'orienter dans une autre direction, du côté des *contacts* par exemple. La symptomatologie foncière est ici la même que dans tous les autres genres de phobies : *doute-crainte* (relatif à la santé dans le cas particulier), *obsession* par ce doute, *angoisse* consécutive; et la marche de l'affection, par paroxysmes, est identique à celle des autres modalités de la maladie du doute. Chez les hypocondriaques de cet ordre, le raisonnement et la persuasion ont peu d'effet; c'est qu'il ne s'agit pas de convaincre les malades qu'ils se trompent; ils le savent aussi bien que les médecins; il est rare qu'ils se fassent illusion sur le peu de fondement de leurs appréhensions; ils souffrent de leur crainte obsédante, sans ignorer qu'elle est illusoire, ils sont émus comme nous le sommes quelquefois dans la vie à l'image d'un péril

que nous savons chimérique : il ne s'agit pas chez eux d'une affection de la connaissance, mais d'une indécision de l'esprit; ils sont hypocondriaques, comme d'autres qui, au fond, leur sont identiques, sont scrupuleux.

Tout autre est l'hypocondriaque du troisième groupe dont il me reste à parler. Celui-là est un véritable délirant, que son idée maladive ne soit pas en elle-même absurde (conviction par exemple d'être affecté d'un cancer de l'estomac), ou qu'elle soit au contraire manifestement et de prime abord déraisonnable (conviction d'avoir un serpent dans l'intestin). Ce n'est plus, comme l'hypocondriaque du premier groupe, un simple appréhensif, ou, comme celui du second, un douteur à phobie obsédante; c'est un *convaincu* : la crainte a fait place chez lui à la croyance arrêtée, à l'*idée fixe*. Il s'agit là d'un véritable délire partiel, et les éléments qui permettent de déterminer sa valeur séméiologique, sa signification diagnostique et pronostique, enfin les indications thérapeutiques qui en ressortent, sont les mêmes que pour les autres délires partiels.

3° On a décrit dans ces dernières années [1], comme névrose autonome, une affection dont la place en

1. Freud (de Vienne) : *Neurol. Centralbl.*, 1895, et Hartenberg : La névrose d'angoisse (Paris, Alcan, 1901), et *Presse médicale*, novembre 1906.

nosologie est encore discutée, mais dont la physionomie clinique est assez spéciale pour qu'il soit nécessaire d'en dire un mot. Elle est, en effet, souvent étiquetée simplement neurasthénie, comme tant d'autres troubles nerveux qui n'ont avec la neurasthénie rien à faire. Il s'agit de la *névrose d'angoisse*, qui serait mieux appelée névrose d'anxiété, si l'on se décidait, comme le propose justement Brissaud, à distinguer l'*angoisse*, trouble physique caractérisé par une sensation de constriction, d'étouffement, de l'*anxiété*, trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable. Quelle que soit la parenté [1], encore discutée, qui relie la névrose d'angoisse à la neurasthénie, aux obsessions ou même à la mélancolie, elle a une physionomie assez typique. Il s'agit chez des malades qui présentent, accusé ou non, un fonds neurasthénique, à la suite de chagrins (peines de cœur, contrariétés amoureuses le plus souvent, sinon toujours), d'un état d'inquiétude diffuse et vague, d'appréhensions continues, avec paroxysmes d'anxiété se produisant surtout le matin. Cet état d'insécurité continue, comme dit Brissaud, avec crises anxieuses intermittentes, donne à l'affection une physionomie tout à fait

1. Voir à ce sujet le compte rendu du *Congrès des aliénistes et neurologistes*, session de Grenoble, 1902 (Masson, édit.).

particulière qui la sépare nettement au point de vue symptomatique, sinon nosologique, de la neurasthénie vulgaire. Il importe d'autant plus de ne pas confondre avec cette dernière la névrose d'angoisse que celle-ci comporte des indications thérapeutiques spéciales, celles de tous les grands états anxieux.

Cette revue rapide des états qui sont journellement et très indûment pris pour de simples états neurasthéniques, aura été insuffisante pour donner une idée complète de leurs caractères, de leurs formes variées, de leur nature. Peut-être y aura-t-on assez indiqué les traits caractéristiques de chacun d'eux pour faire ressortir tout au moins l'importance d'un diagnostic précis quand on croit se trouver en présence d'une simple neurasthénie. Une bonne hygiène et une bonne thérapeutique sont à ce prix.

QUATRIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE

Nous nous proposons d'examiner dans ce chapitre les théories qui ont été émises dans le but d'éclairer la pathogénie de la neurasthénie. Aucune de ces théories ne nous paraît applicable à l'ensemble des faits ; mais chacune d'elles contient une part de vérité et par conséquent une indication précieuse pour l'hygiène prophylactique ou thérapeutique de l'affection.

A. **Théories gastriques.** — De tout temps les médecins se sont efforcés de subordonner le nervosisme, et par conséquent les différents symptômes de la neurasthénie, à quelque lésion ou à quelque désordre fonctionnel de l'estomac ou des viscères abdominaux. Dans ces conceptions pathogéniques, c'est tantôt une humeur peccante engendrée par l'estomac, la rate ou le foie malades, tantôt une

influence nerveuse vague, une action réflexe, qui sert d'intermédiaire entre l'organe primitivement atteint et le système nerveux secondairement intéressé. C'est ainsi que Galien avec l'*atrabile*, van Helmont avec son *archée*, n'ont été que les précurseurs lointains de Broussais et de Beau, soutenant que les états névropathiques avaient pour origine première soit la *gastrite*, soit la *dyspepsie*. Notre époque a vu reparaître des systèmes pathogéniques analogues, mais fondés cette fois sur des observations plus précises, sur des documents plus exacts, issus d'une technique relativement perfectionnée. La plus importante de ces théories modernes qui voient dans le trouble des fonctions gastriques la cause première des états neurasthéniques est celle qu'a soutenue le professeur Bouchard.

1° *Théorie de l'auto-intoxication.* — La doctrine de Bouchard est la suivante : sous l'influence de causes diverses, et en vertu d'une faiblesse congénitale ou héréditaire des tuniques musculaires de l'estomac, cet organe se rétracte insuffisamment dans les intervalles qui séparent les digestions. Les liquides (salive, mucus, suc gastrique), mêlés de débris alimentaires, tendent à y séjourner, y fermentent et s'y putréfient d'autant mieux que le suc gastrique ne contient plus d'acide chlorhy-

drique en proportion suffisante pour s'opposer à l'action des ferments.

Ces fermentations anormales produisent incessamment des toxines solubles qui, résorbées, vont altérer à des degrés variables les éléments anatomiques des divers organes et notamment des centres nerveux. Parmi les phénomènes morbides qui, d'après Bouchard, dépendent de l'état gastrique, figurent en effet tous les grands symptômes de la neurasthénie : la fatigue, l'accablement dès le réveil, la céphalée, l'inaptitude au travail, les vertiges, le digestions accompagnées d'un malaise général et local, etc.

On n'a pas manqué d'opposer à cette théorie certaines critiques. Tout d'abord on a fait remarquer que la dilatation et la stase gastrique font défaut chez un très grand nombre de malades; en second lieu, ceci est certain, il y a des neurasthéniques qui n'ont jamais présenté aucun trouble des fonctions digestives. On a dit, il est vrai, que la dilatation stomacale pouvait être silencieuse et subsister à l'état latent sans manifestation dyspeptique concomitante; mais l'exploration à l'aide de la sonde a permis de constater d'une manière directe l'absence de toute stase gastrique dans une foule de cas. D'autre part, l'*ana-* ou l'*hypochlorhydrie* qui constituent un des éléments essentiels de cette doctrine

pathogénique, manquent fréquemment dans les états dyspeptiques, et nous avons vu qu'il n'était pas rare d'y rencontrer l'hyperchlorhydrie. Enfin, a-t-on dit, si les troubles nerveux de la neurasthénie sont l'effet d'une auto-intoxication d'origine stomacale, comment se fait-il que les sujets affectés de grande dilatation gastrique déterminée par exemple par une sténose du pylore et s'accompagnant de stase permanente, ne présentent jamais la série des symptômes nerveux attribués à la dilatation gastrique? Ces objections suffisent évidemment à prouver que la théorie de la dilatation gastrique et de l'auto-intoxication, applicable, peut-être à quelques cas d'épuisement nerveux, ne l'est pas à tous.

2° *Théorie de la viciation de la nutrition par les états dyspeptiques.* — MM. Hayem et Winter ont repris la théorie défendue jadis par Beau : la dyspepsie, quelle qu'en ait été la cause provocatrice, qu'elle s'accompagne ou non de dilatation gastrique, entraînerait à la longue l'anémie des malades et une perturbation générale dans la nutrition de leurs tissus, de leurs éléments nerveux en particulier. Dans leurs études sur le chimisme stomacal, ces auteurs attribuent les désordres généraux consécutifs aux états dyspeptiques aux produits albuminoïdes dérivés des modifications qualitatives subies par la digestion gastrique bien

plus qu'aux toxines engendrées par fermentation. Les gastropathies dont le début remonte fréquemment à l'enfance ou à l'adolescence, en fournissant aux éléments anatomiques des produits nutritifs de composition vicieuse, prépareraient ainsi des maladies diverses de la nutrition et sans doute aussi, dans un certain nombre de cas, les altérations fines des centres nerveux d'où dérivent les symptômes de l'asthénie nerveuse. Cette conception étant admise peut-elle servir de base à une interprétation pathogénique des états neurasthéniques *en général*? Nous ne le croyons pas pour les raisons suivantes : il y a incontestablement des neurasthéniques qui, quelle que soit d'ailleurs la fréquence des troubles dyspeptiques chez les malades de cette catégorie, ne présentent aucune anomalie, aucun désordre de leurs fonctions digestives. Nous pourrions aisément rapporter des exemples de neurasthénie héréditaire, de cérébrasthénie pure dans lesquels la nutrition générale et les fonctions gastriques n'ont subi aucune atteinte sensible. Et puis les cas sont fréquents dans lesquels une émotion violente et subite, un choc traumatique ou toute autre cause a provoqué l'apparition rapide et *simultanée* des troubles digestifs et des autres symptômes neurasthéniques. On ne saurait donc, dans les faits de cet ordre, où le

développement de l'état dyspeptique et l'apparition des manifestations diverses de la névrose ont été contemporains, rattacher au seul trouble des fonctions digestives la genèse du syndrome neurasthénique tout entier. Ces réserves faites, il faut reconnaître que la dyspepsie précède quelquefois l'état neurasthénique; en pareil cas l'origine gastro-intestinale de l'épuisement nerveux est tout au moins vraisemblable. On rencontre, en effet, des malades, qui avant de verser dans la neurasthénie, ont souffert de l'estomac pendant des mois et des années. Qu'ils aient été primitivement atteints de dyspepsie atonique avec hypochlorhydrie ou de dyspepsie hyperacide avec ou sans hypersécrétion, ils ont maigri, ont perdu leurs forces: leur nutrition générale a subi une atteinte profonde. Lorsque, après une période plus ou moins longue, durant laquelle les troubles digestifs ont seuls occupé la scène, on voit apparaître chez ces malades le cortège habituel des symptômes de l'épuisement nerveux, rien n'est plus légitime que d'imputer au trouble des fonctions digestives le développement de la névrose. Mais ici encore il est permis de se demander si c'est bien en viciant la nutrition des éléments des centres nerveux que la dyspepsie a engendré l'état névropathique. Ne faut-il pas aussi, dans les faits de cette catégorie, tenir compte de

l'influence déprimante qu'exerce toujours sur l'état moral des patients une affection gastrique rebelle aux traitements les plus divers, source pénible et irritante de malaises et d'inquiétudes incessants? De quelque manière que l'on interprète ce retentissement du trouble gastro-intestinal sur les centres nerveux, il n'en est pas moins vrai que l'état dyspeptique doit être tenu ici pour le facteur principal de l'affection.

En somme, on peut, croyons-nous, résumer les rapports des états dyspeptiques et de la neurasthénie en disant : chez le plus grand nombre des malades atteints d'épuisement nerveux la dyspepsie n'a que la valeur d'un symptôme, mais d'un symptôme important, puisqu'il est susceptible de contribuer pour une large part à l'entretien de l'état névropathique. Dans certains cas toutefois, le trouble des fonctions digestives a été la cause primordiale du développement de la neurasthénie et c'est contre lui que doit être dirigé le principal effort thérapeutique.

3° *Ptose des viscères abdominaux.* — Glénard a tenté d'expliquer par l'abaissement des viscères dans la cavité abdominale à la fois la dyspepsie et le nervosisme, lequel comprend la plupart des symptômes neurasthéniques. Mais cet auteur a été conduit, par des recherches ultérieures, à attribuer

à un trouble mal déterminé des fonctions hépatiques l'ensemble des phénomènes dyspeptiques et névropathiques qu'il a observés chez ses malades (*neurasthénie hépatique* de Glénard et F. Lagrange).

Il est certain que l'entéroptose existe chez quelques neurasthéniques, mais il est incontestable aussi que ce syndrome fait défaut chez la plupart d'entre eux. Glénard reconnaît d'ailleurs que le syndrome névropathique qu'il a eu en vue n'est pas la neurasthénie telle qu'elle a été définie par Beard et les auteurs qui l'ont décrite après lui. La ptose des viscères abdominaux peut bien s'accompagner de troubles nerveux; mais il est évident qu'elle ne saurait servir de base à une théorie pathogénique de la neurasthénie.

B. **Théorie génitale**. — En décrivant la forme génitale de la neurasthénie nous avons vu que les affections utéro-ovariennes chez la femme et, chez l'homme, l'onanisme, les excès de coït, les affections vénériennes pouvaient être le point de départ, la cause provocatrice d'un état neurasthénique bien déterminé. Mais il est clair que les lésions organiques et les troubles fonctionnels de l'appareil génital n'exercent aucune action spécifique sur les centres nerveux. Ils n'ont que la valeur d'un puissant facteur d'épuisement nerveux parmi tant

d'autres, et rien de plus. Si on les retrouve fréquemment à l'origine des états neurasthéniques, c'est qu'ils agissent avec une intensité particulière sur l'état moral des malades par les préoccupations tristes, les inquiétudes, les peurs qu'ils entretiennent dans leur esprit.

C. **Théorie vaso-motrice**. — Frappé de la fréquence des troubles vaso-moteurs chez les neurasthéniques, Anjel[1] en a fait une étude attentive. A l'aide du pléthysmographe, il a montré que chez ces malades le système vaso-moteur est plus excitable et plus prompt à s'épuiser que chez les sujets normaux. Lorsque, après avoir appliqué l'appareil de Mosso au bras d'un individu normal, on invite le patient à exécuter un travail intellectuel (lecture, calcul), on constate que le volume du bras diminue aussitôt, ce qui est dû à la contraction des artères. Cet état de spasme se prolonge tant que dure l'activité cérébrale; il cesse rapidement dès que le cerveau entre en repos. Si l'on renouvelle cette expérience sur un sujet neurasthénique, on voit que le spasme vasculaire initial se produit avec une facilité et une rapidité très grandes, mais le volume du bras ne reste pas stationnaire pendant

1. Anjel, *Archiv für Psych.*, VIII, 2.

toute la durée du travail intellectuel; au bout de quelques instants il augmente, puis il diminue de nouveau et présente ainsi une série d'oscillations de sens contraire. Quand le travail cérébral a pris fin, ces changements se poursuivent encore quelque temps; les artères ne reviennent pas promptement à leur tonus habituel, comme cela arrive toujours chez un sujet sain. L'appareil vasomoteur du neurasthénique réagit donc sous l'influence des causes les plus légères; il est irritable et débile tout ensemble, puisque, l'excitation passée, le tonus artériel se rétablit plus lentement. Anjel a constaté encore que les causes propres à stimuler l'innervation vaso-motrice, les repas, l'ingestion de boissons excitantes, par exemple, atténuent cette instabilité et que, par contre, celle-ci s'accroît lorsque le malade est à jeun.

Bien qu'elles soient d'un ordre un peu différent, les expériences de Weber[1] sont venues corroborer les faits observés par Anjel. Cet auteur, se basant sur un ensemble de données fournies par la clinique et par l'expérimentation, admit que les hyperesthésies, les dysesthésies, les paresthésies, les vertiges, en un mot presque tous les symptômes de l'épuisement nerveux étaient dus à des troubles

1. Weber, *Boston med. Journal*, 1888.

vaso-moteurs, à des alternatives de spasme et de congestion s'effectuant dans les centres nerveux sous l'influence des causes les plus légères. Il proposa donc de définir la neurasthénie une *névrose vaso-motrice*.

Mais, en supposant que l'opinion d'Anjel soit conforme à la réalité des choses, il est évident que sa conception n'éclaire que la physiologie pathologique des troubles fonctionnels de la neurasthénie et non point la pathogénie de la maladie elle-même. Elle ne fait que poser le problème sous une forme nouvelle et elle ne nous dit pas quelle est la raison précise de ce désordre de l'innervation vaso-motrice et comment il se trouve réalisé par tant de causes si diverses.

En résumé, aucune des théories pathogéniques que nous venons d'indiquer n'est entièrement satisfaisante. Ces théories laissent subsister tout entière la conception la plus généralement admise aujourd'hui, à savoir : que l'épuisement nerveux a sa raison d'être dans une modification de tous les centres nerveux. En quoi consiste essentiellement la névrose? Quelles sont les altérations anatomiques ou chimiques des centres nerveux d'où dépendent les troubles psychiques, moteurs, sensitifs, circulatoires, etc., qui la caractérisent? Et

comment les passions dépressives, les émotions, le surmenage sous toutes ses formes arrivent-ils à les réaliser? Nous l'ignorons. On peut supposer avec Erb un trouble délicat de la nutrition des éléments nerveux; avec Beard un défaut d'équilibre entre leur union et leur séparation, avec Féré une modification de leur vibratilité, sans être plus renseignés pour cela.

Mais si nous ignorons la nature intime du désordre nerveux, nous savons qu'il se traduit du côté des différents appareils par une *diminution de l'énergie nerveuse* : celle-ci n'est plus ni régulièrement distribuée, ni uniformément soutenue.

Quelle que soit la cause de l'état neurasthénique, qu'il soit constitutionnel ou acquis, primitif ou secondaire, consécutif à un trouble gastrique, à une maladie organique, ou, ce qui est le plus habituel, à une secousse morale, c'est cet *affaiblissement* de l'énergie nerveuse qui le constitue. Et en nous servant de ce mot nous le prenons dans son sens général qui est le sens vulgaire : l'énergie nerveuse, c'est ce qu'on appelle communément l'énergie tout court. Physiologiquement nous la connaissons fort mal; nous savons quelque chose de l'énergie électrique, de l'énergie thermique : nous ne connaissons l'énergie nerveuse que par ses manifestations :

nous ignorons presque tout de ses conditions déterminantes élémentaires. Nous ne savons même pas très exactement localiser ses troubles : on ne saurait dire en effet avec précision quel est l'organe ou quels sont les organes où se localise la fatigue chez le neurasthénique. Il ne semble pas que ce soit dans la fibre musculaire; ce n'est certainement pas dans les nerfs; mais est-ce dans la plaque terminale des muscles [1], dans les cellules de la moelle ou dans celles de l'écorce cérébrale? Il ne paraît pas douteux que, pour une bonne part au moins, la fatigabilité du neurasthénique relève du trouble de ces dernières. Ce n'est pas à dire pour cela, qu'on le remarque bien, que cette fatigabilité soit un phénomène psychique ou du moins exclusivement psychique [2].

C'est un point sur lequel il est nécessaire de bien s'entendre car l'hygiène et le traitement de la neurasthénie en dépendent.

Quand on parle d'affection psychique on entend

1. Voir à ce sujet : M[lle] J. Joteyko. Participation des centres nerveux dans les phénomènes de fatigue musculaire, in *Année psychologique*, 1900, et l'article de Z. Treves, même revue, 1905.

2. Maurice de Fleury, dans son très intéressant livre sur *Les grands Symptômes neurasthéniques*, nous considère à tort comme partisan de la nature psychique de la neurasthénie. Certains passages de la première édition de cet ouvrage, où nous avons exposé d'une façon peut-être insuffisamment précise notre pensée, ont pu donner lieu à ce malentendu que nous tenons à dissiper.

en général un trouble d'imagination, résultant d'une idée, d'une croyance qui s'est imposée à l'esprit.

Il s'agit tantôt d'interprétations erronées comme chez les persécutés ou les mélancoliques, ou d'images de troubles comme chez les hystériques. Sans doute on serait en droit de se demander si les délires systématisés ou le délire du mélancolique ou les troubles psychiques de l'hystérie constituent bien des troubles primitivement et foncièrement psychiques. Quelles que soient leur origine et les conditions organiques et psychologiques de leur genèse ils se présentent du moins cliniquement comme tels. Ce n'est pas le cas des troubles neurasthéniques : ici on a affaire à de la fatigue, à de l'épuisement, à de la diminution d'énergie nerveuse. Rien ne ressemble à l'état permanent et durable du neurasthénique comme l'état transitoire et passager de l'homme surmené accidentellement par quelques excès de travail ou de table et par l'insomnie qui en est souvent la suite : dans les deux cas s'observent la céphalée, le sentiment de lassitude et d'impuissance physique et morale, les phénomènes d'atonie gastrique, plus accusés sans doute dans le premier que dans le second, mais, au degré près, identiques dans les deux cas. L'imagination, l'auto-suggestion, la croyance

erronée n'ont rien à affaire en pareil cas dans la genèse des phénomènes. Si elles interviennent c'est secondairement pour fixer les troubles et les rendre plus tenaces et plus durables.

Nous avons déjà touché ce point à l'occasion de l'état mental du neurasthénique et nous y reviendrons plus loin à propos du traitement psychothérapique. Nous montrerons en outre que certains des phénomènes de fatigue, l'amyosthénie par exemple, peuvent s'atténuer, se dissiper ou s'accroître sous l'influence de causes morales : ce qui ne veut pas dire qu'ils soient « imaginaires », mais qu'ils sont influencés par des actions dynamogènes parmi lesquelles les actions morales tiennent une place importante. Pas plus que Maurice de Fleury je ne crois « à la subjectivité pure et simple de la sensation de fatigue chez les neurasthéniques vrais »; avec lui je pense au contraire que cette « sensation de fatigue, ce sentiment de pesanteur du corps, ce besoin d'efforts pour marcher, pour monter, pour se tenir debout, ce vide dans la tête qui fait croire à la syncope prochaine et qui d'ailleurs n'y aboutit jamais, cet angoissant besoin de réparer ses forces, tout cet ensemble qui caractérise l'épuisement nerveux, obéit à des lois stables qui sont des lois de mécanique ». Ce qui ne m'empêche pas d'admettre que les malades peuvent

s'habituer à leurs sensations, et à un moment donné, par un effet de cette habitude qui devient une sorte d'auto-suggestion, mettre « beaucoup d'imagination dans leur sentiment de lassitude » : les neurasthéniques traumatiques en sont la preuve.

Mais à mon sens on comprendrait mal la neurasthénie et le neurasthénique si on ne voyait que ces auto-suggestions secondaires, et si l'on y ramenait tous les phénomènes. Ce serait subordonner le constant à l'accidentel, le primitif au secondaire, le principal à l'accessoire. J'admets volontiers avec Dubois (de Berne) que, lorsqu'on analyse la fatigue du neurasthénique, on y peut souvent découvrir autour « d'un noyau de fatigue vraie une gangue d'auto-suggestion de la fatigue ». Mais je ne puis accepter avec lui que dans la règle la « gangue » soit aussi « énorme » et le noyau aussi « imperceptible » qu'il le suppose.

La neurasthénie n'est pas, comme l'hystérie, une maladie par auto-suggestion, ou du moins elle ne l'est qu'accessoirement, c'est avant tout une affection de l'énergie.

CINQUIÈME PARTIE

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

Envisagée en général, l'hygiène prophylactique poursuit un double but; elle se propose, en premier lieu, d'écarter les causes génératrices des maladies, en second lieu, si ces causes sont inévitables (il en est ainsi notamment des tares héréditaires constituées), de mettre les sujets qui se trouvent exposés à leur action nocive en état de leur résister. En étudiant les causes de la neurasthénie nous avons vu quelle était l'importance du rôle dévolu à l'*hérédité morbide* dans le développement de cette affection; nous avons été conduits à reconnaître que l'hérédité neuro-arthritique était capable d'engendrer à elle seule cette névrose, mais qu'elle

agissait le plus souvent à la manière d'une cause prédisposante en réalisant chez les sujets soumis à son influence, cette débilité native du système nerveux qui le laisse sans défense vis-à-vis des multiples causes provocatrices de la maladie. La première tâche à remplir dans le traitement préventif de la neurasthénie se trouve ainsi tout naturellement tracée. Elle consistera à sauvegarder l'avenir des enfants issus de parents névropathes ou arthritiques en réprimant leurs tendances héréditaires, en renforçant autant que possible l'énergie et la résistance de leurs centres nerveux. Pour atteindre ce but il ne faut rien moins que la mise en pratique méthodique et patiente de tous les moyens dont l'hygiène dispose, et cela durant toute la période du développement des sujets, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Préciser les termes d'un pareil programme c'est exposer le régime d'*éducation morale* et *physique* qui convient aux enfants chargés de tares héréditaires ou congénitalement prédisposés à l'épuisement nerveux.

Au seuil même de cette étude se pose une question capitale. Est-il certain que l'éducation soit capable de réprimer les tendances morbides congénitales, de modifier profondément chez l'individu le tempérament, les penchants, la constitution nerveuse qu'il a hérités de ses ascendants? Les

savants et les philosophes ont émis sur ce point des opinions fort dissemblables et même complètement opposées. On sait combien, au siècle dernier, le pouvoir réformateur et plastique attribué à l'éducation avait été exagéré : on allait jusqu'à se demander naïvement, avec Helvétius, si le talent, comme la vertu, ne peut pas s'enseigner et si les différences qui existent entre les hommes ne proviennent pas uniquement des différences de milieu et d'éducation reçue. De nos jours, après les observations relatives aux faits d'hérédité, on a plutôt tendance à adopter une croyance opposée. Beaucoup pensent avec H. Spencer que l'éducation est inutile, ou presque impuissante, que l'évolution humaine est toujours et fatalement régie par l'hérédité, que la destinée morale de l'homme est contenue dans le fœtus et que l'on naît fou ou déséquilibré comme on naît poète. Au sens de cette doctrine outrancière, il semble donc que la tare nerveuse, une fois implantée dans la famille, doive se transmettre inéluctablement à toute la descendance, produisant soit la folie morale, soit les maladies du système nerveux ou telle autre forme de la misère physiologique qui aboutira un jour à la stérilité et partant à l'extinction de la race : cette conception moderne, qui accorde à l'hérédité une puissance au moins égale à celle que les poètes

anciens prêtaient à la Fatalité, est assurément excessive. L'antinomie qui existe entre le pouvoir attribué par certains penseurs à l'éducation et par d'autres à l'hérédité n'est pas dans les faits ; entre les opinions extrêmes il y a place pour une opinion moyenne, plus conforme à la réalité des choses. Il est certain que les tares morbides accumulées dans quelques familles, agissant d'une manière en quelque sorte massive, peuvent produire chez leurs descendants d'irrésistibles poussées. Mais l'influence héréditaire n'a pas toujours cette puissance d'action et c'est là à coup sûr le cas le plus fréquent. Alors l'éducation peut intervenir efficacement ; elle arrive à créer des instincts artificiels capables de faire équilibre aux instincts héréditaires, de les étouffer même, de substituer enfin à l'*habitude ancestrale*, innée, l'*habitude individuelle*, acquise.

L'éducation des enfants héréditairement prédisposés au nervosisme doit poursuivre un triple but : 1° développer harmonieusement toutes les capacités de l'individu et plus particulièrement les capacités spéciales à chaque sujet, mais dans la mesure où elles ne peuvent nuire à l'équilibre général de l'organisme ; 2° enrayer les tendances héréditaires susceptibles de troubler l'équilibre physique et moral ; 3° fortifier l'énergie, la

résistance physiologique du système nerveux.

Une bonne méthode d'éducation doit tendre tout d'abord à assurer le développement de la force et de ce qu'on appelle la santé *physique*. C'est là la première nécessité, puisque la santé physique est la condition essentielle ou, si l'on veut, la base de la santé intellectuelle. Après le développement physique se place le développement *moral*. L'éducation morale possède en effet une puissance d'action bien supérieure à celle de l'instruction en tant que moyen de réformer les tendances héréditaires morbides. Elle est bien plus apte que l'éducation intellectuelle proprement dite à doter les hommes des qualités psychiques qui les feront résistants et forts dans la lutte pour la vie. L'éducation scientifique n'arrive donc qu'au dernier rang et nous n'avons à nous en occuper ici que dans ses rapports avec l'hygiène.

Nous allons donc examiner successivement, dans ce chapitre, les principes qui doivent régir : 1° l'éducation physique; 2° l'éducation morale des enfants héréditairement prédisposés à l'épuisement nerveux.

CHAPITRE II

ÉDUCATION PHYSIQUE

Il ne saurait y avoir d'inconvénients à développer chez un enfant, à quelque sexe qu'il appartienne, quelque robuste que soit sa constitution, les forces du corps ; la santé physique est en effet en tout état de cause un bien désirable. Mais c'est aux enfants issus de souche neuro-arthritique, héréditairement prédisposés aux troubles de la nutrition générale et du système nerveux, que la culture de l'énergie corporelle, telle que la donne une éducation physique bien comprise, est particulièrement nécessaire. « Dans les temps primitifs, dit Spencer, alors que la guerre, la lutte à main armée, était la première des activités sociales, la vigueur du corps devenait le but essentiel de l'éducation. On se souciait peu de la culture de l'esprit, on la traitait même avec mépris. Aujourd'hui que le succès dans la vie dépend presque entièrement de la force de l'intelligence, l'éducation est devenue presque exclusivement intellectuelle et l'on néglige

le corps. » Bien qu'à cet égard une réaction heureuse se soit produite dans le cours de ces dernières années, la critique de Spencer reste en grande partie parfaitement fondée et l'on est encore autorisé à dire que parmi les éducateurs de la jeunesse, parents ou maîtres, « il est bien peu de gens qui paraissent comprendre qu'il existe une chose dans le monde qu'on pourrait appeler la *moralité physique* » !

L'éducation physique des sujets prédisposés à l'épuisement nerveux implique l'observance d'une foule de mesures d'hygiène qui ont trait au milieu, à l'alimentation, aux exercices physiques, et que nous allons examiner brièvement.

I. **Milieux**. — Les grandes villes constituent un milieu on ne peut plus défavorable au développement physique de ces sujets. Cela est surtout vrai pour les tout jeunes enfants, pour ceux qui traversent cette période de la croissance qui s'étend de la troisième à la douzième année. Dans les villes ils respirent un air impur, ils sont condamnés à une sédentarité relative, l'espace manque à leurs ébats en plein air; le bruit, le contact des foules, les réunions mondaines auxquelles ils sont trop souvent mêlés, les mille causes d'excitation qu'engendre la vie citadine sont autant de conditions

fâcheuses auxquelles il faut à tout prix les soustraire. Par contre, le séjour à la campagne est pour les enfants de cet âge le séjour idéal : la vie calme des champs, sans théâtre, ni concert, ni réunions mondaines, avec l'air pur, une nourriture simple, le commerce incessant avec les choses et les êtres de la nature qui ont tant d'attraits pour eux, voilà le milieu doucement éducateur qui leur convient le mieux. La campagne, dit Mœbius, c'est le paradis des enfants ; mais l'accès en est malheureusement interdit à beaucoup d'entre eux. C'est pourquoi l'on doit s'efforcer d'appliquer à l'enfant élevé à la ville un système d'éducation qui réalise dans la mesure du possible les conditions hygiéniques si précieuses qu'offre naturellement la vie rustique.

En étudiant les causes du surmenage scolaire nous avons vu que la plupart des troubles nerveux qu'il détermine étaient bien plus le fait d'une hygiène et d'une éducation physique défectueuses que du surmenage cérébral proprement dit. Aussi le système des internats est-il particulièrement néfaste aux enfants débiles ou héréditairement prédisposés au nervosisme. Tout le monde a reconnu les dangers qu'il peut présenter sous le rapport de l'hygiène : claustration malsaine, sédentarité, agglomération trop considérable, règles étroites et cadres rigides brisant trop souvent chez l'en-

fant le ressort de la volonté, etc. Tous ces inconvénients sont graves et s'ils ont été quelque peu atténués à la suite des réformes qui ont été récemment introduites dans le régime scolaire, ils n'en subsistent pas moins encore aujourd'hui. La durée des classes étant excessive, les enfants respirent dans leurs salles de travail un air vicié. L'alimentation est suffisante, mais le temps des repas est trop court et l'on continue à manger vite et en silence dans la plupart des lycées. Les heures de sommeil y sont trop restreintes et, par suite de la surcharge des programmes, les heures d'étude trop nombreuses et les temps de repos insuffisants ou mal répartis. Presque tous les lycées étant situés dans l'intérieur des villes, les préaux et les cours où les élèves passent leurs récréations sont trop exigus et ne permettent guère les « jeux de poursuite », qui constituent cependant pour les enfants et les adolescents le plus salutaire de tous les exercices. Enfin les mœurs y laissent beaucoup à désirer. M. Sainte-Claire Deville[1] disait fort justement à ce propos, il y a plus de vingt ans : « La morale expérimentale, qu'on me passe le mot, ne peut pas plus se pratiquer sur l'homme que la physiologie ; mais quand on opère sur des animaux,

1. Cité par M. Guyau, *loco cit.*, p. 85.

quand, tenant un compte suffisant de l'intelligence humaine, on cherche à découvrir les causes physiques des défauts et des vices dans les enfants qui à certains moments de leur développement, sont si près des animaux, je suis persuadé qu'on peut arriver à des conséquences pratiques d'un haut intérêt.... En général, toutes les fois qu'on rassemble et qu'on fait vivre en domesticité restreinte des animaux d'un même sexe et surtout du sexe masculin, on remarque d'abord une grande excitation des instincts de reproduction et ensuite une perversion redoutable de ces mêmes instincts. Mettez-vous au contraire soit en troupeaux, soit en liberté complète, ces animaux destinés à vivre en société, vous voyez tout de suite dominer les caractères normaux de l'animal.... Ce qui se passe dans un troupeau se passe également dans une réunion d'enfants mâles, quelle qu'elle soit, élevée par qui que ce soit, défendue par les règles de la surveillance la plus étroite, fût-elle de jour et de nuit. L'inconvénient le plus grave de ces vices, pour la société, c'est le développement exagéré, entre vingt et trente ans, des facultés génésiques, d'où naissent la débauche et la lubricité.... »

Il est évident que tous ces défauts, tous ces péchés d'hygiène inhérents pour ainsi dire à la vie des collèges, ne sauraient être compensés par

l'avantage du « redressement mutuel des caractères » dont parlent les partisans de l'internat. Le pensionnat dans les lycées et collèges, l'internat en un mot, devrait donc être interdit aux enfants issus de nerveux, et c'est l'externat qu'il faudrait surtout recommander. Malheureusement, si l'internat est un mal, il est un mal nécessaire, parce qu'il est pour beaucoup de parents, fixés loin des grandes villes, le seul moyen de faire instruire leurs enfants. Il faudrait donc le perfectionner. On pourrait encore avoir recours, pour l'instruction des enfants prédisposés au nervosisme héréditaire, au système familial depuis longtemps en pratique dans quelques écoles d'Angleterre et dans la plupart des villes d'Allemagne. « Actuellement, dit Michel Bréal, qui a fait de ces questions d'organisation scolaire une étude des plus intéressantes, sur mille élèves fréquentant les gymnases allemands, il n'y en a pas cent qui soient placés hors de la famille. » Les enfants sont confiés à quelque famille honorable qui, moyennant une rétribution souvent modeste, leur assure le vivre et le couvert. Ils ont leur place à la table et au foyer familial et ne se rendent au gymnase que pour y recevoir l'instruction, aux heures de classe. Ce système existait aussi en France autrefois : dans ses souvenirs d'enfance et de jeunesse, Renan raconte que le

collège où il reçut ses premières leçons « donnait l'éducation à toute la jeunesse de la petite ville et des campagnes dans un rayon de six ou huit lieues à la ronde. Il comptait très peu d'internes, écrit-il. Les jeunes gens, quand ils n'avaient pas leurs parents dans la ville, demeuraient chez les habitants, dont plusieurs trouvaient dans l'exercice de l'hospitalité, de petits bénéfices.... Ce système était celui du moyen âge. C'est encore celui de l'Angleterre et de l'Allemagne, pays si avancés pour tout ce qui touche aux questions d'éducation. »

II. **Exercices physiques. Gymnastique.** — Quelle est la meilleure gymnastique pour les enfants et les écoliers? — Les jeunes enfants élevés à la campagne, mis en liberté après les heures d'études, trouvent toujours dans le milieu où ils sont placés de l'espace pour s'ébattre et des motifs attrayants de course, de jeux on ne peut plus variés. Les longues promenades en terrain accidenté, les poursuites, les mille jeux enfin auxquels ils se livrent, constituent une gymnastique naturelle, parfaite, et qui au point de vue hygiénique ne laisse rien à désirer. Mais quels sont les exercices physiques qu'il convient de prescrire aux écoliers des villes que la surcharge des programmes d'étude condamne à une sédentarité excessive et parfois au

surmenage cérébral? C'est là une question d'hygiène du plus haut intérêt.

En 1887, au cours de la campagne qui fut menée contre le surmenage scolaire, l'Académie de médecine fut invitée officiellement à donner son avis sur l'étendue du mal et sur la nature des remèdes qu'il conviendrait d'y apporter. Elle formula à ce sujet une série de conclusions, dont l'une vise spécialement les exercices du corps : « Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge (marches, course, saut, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, exercices de tout genre, jeux de force, etc.). » Or, ces différents exercices, que l'Académie recommande en bloc, n'ont pas une valeur hygiénique uniforme ; ils sont susceptibles de produire des effets physiologiques fort dissemblables et l'on ne saurait, sans de sérieux inconvénients, prescrire indifféremment tel ou tel de ces genres d'exercices aux enfants débiles ou particulièrement excitables dont nous nous occupons ici. La nécessité d'un choix raisonné s'impose. Fernand Lagrange[1], dont la compétence pour tout ce qui touche à la physiologie des exercices

1. Fernand Lagrange, *Physiologie des exercices du corps*, Paris, 1888.

du corps est universellement reconnue, a fait à ce propos une série de remarques d'une originalité et d'une justesse incontestables. Il est certain que personne, avant lui, ne s'était demandé si les méthodes de gymnastique les plus en honneur aujourd'hui, et notamment celles préconisées par l'Académie de médecine, « mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, exercices de tout genre », étaient bien les plus capables de donner aux muscles des écoliers l'activité qui leur manque, sans imposer un surcroît de fatigue à leur cerveau déjà plus ou moins surmené. Les études auxquelles F. Lagrange s'est livré à ce sujet, l'ont conduit précisément à reconnaître que dans la plupart des modes d'exercices en usage dans les lycées et collèges, le cerveau est obligé d'entrer en jeu et de travailler autant que les muscles. Le jeu des armes est le type des exercices qui fatiguent bien plus les centres nerveux que la musculature des membres. Durant l'assaut le tireur se tient constamment aux aguets. Alors même qu'il semble être au repos, son cerveau et ses nerfs sont sous le coup d'une tension excessive. L'esprit toujours en éveil, dans un effort d'attention soutenue, guette le moment de l'attaque ou de la rispote. Tous les muscles sont maintenus dans un état d'excitation latente, qui n'est plus le repos et qui n'est pas encore le mou-

vement. On conçoit aisément que ce travail de coordination préalable exige une grande dépense de force nerveuse, et « cette dépense acquiert quelquefois des proportions plus grandes encore dans certaines phases du jeu où l'on doit exécuter non plus un mouvement simple, tel que l'extension du bras en droite ligne, mais une série d'actes musculaires combinés, tels qu'une parade composée, suivie d'une riposte. Dans ce cas il faut qu'à un moment donné plusieurs mouvements compliqués se succèdent rapidement et se confondent en un seul acte musculaire aussi précis que soudain. L'exécution d'une phase d'escrime prend alors tout à fait le caractère d'une opération intellectuelle ». C'est, en d'autres termes, un travail « de tête » que le tireur accomplit et ceux qui connaissent, pour l'avoir éprouvée, la sensation de fatigue nerveuse qui succède aux séances d'escrime, conviendront qu'elle ressemble non pas à l'accablement qu'on ressent après une grosse dépense de force matérielle, mais à l'épuisement qui suit, dans l'ordre moral, tout effort soutenu de la volonté, « quand, par exemple, on a lutté longtemps pour repousser la pression d'une volonté étrangère, ou bien quand on a tenu l'esprit énergiquement tendu sur la solution d'un problème difficile ». Lorsqu'elle est poussée trop loin, cette fatigue ner-

veuse peut se traduire encore par une surexcitation passagère s'accompagnant parfois d'insomnie. C'est pourquoi l'escrime au fleuret, le jeu du bâton, la boxe et tous les exercices de même ordre qui impliquent une lutte, ne sauraient convenir aux enfants dont le cerveau travaille et notamment à ceux qui, doués d'un tempérament nerveux, sont facilement excitables. Ils s'opposent, il est vrai, aux effets de la sédentarité, mais ils ébranlent trop vivement le système nerveux et, au lieu de reposer l'esprit, aident au surmenage cérébral.

La gymnastique d'*agrès*, c'est-à-dire les exercices qui se pratiquent au trapèze, à la barre fixe, aux anneaux, aux barres parallèles, présente aussi de sérieux inconvénients. Elle est en général peu attrayante. Elle ne met guère en jeu que la musculature des bras; elle peut donner lieu à des déformations (développement excessif des muscles de l'épaule et des bras, déviations de la colonne vertébrale, voussure du dos). Les mouvements qu'elle exige sont surtout des mouvements difficiles, de véritables tours de force. Or les effets généraux d'un exercice sont proportionnels à la dépense de force que nécessite cet exercice et non aux difficultés que présentent les détails de son exécution. La plupart des mouvements que les élèves des lycées s'efforcent d'exécuter pendant « la classe

de gymnastique », sous l'œil de leurs moniteurs, demandent en effet plus de science que de travail musculaire, et leur difficulté consiste surtout à trouver par tâtonnements ou par méthode les muscles qu'il faut faire agir. On ne doit donc pas, en se plaçant au point de vue hygiénique, donner la préférence à ces exercices qui ne sont que savants, et délaisser, comme on le fait, les exercices véritablement violents mais dans lesquels la force musculaire se dépense sans qu'il soit besoin d'en calculer laborieusement l'emploi; la gymnastique telle qu'elle s'*enseigne* aujourd'hui en France dans nos établissements d'éducation, demande à celui qui s'y livre un véritable travail d'esprit et met en jeu bien plus ses facultés psychiques que sa force musculaire. Les sujets dont le cerveau subit déjà d'assez fortes dépenses par le fait du travail intellectuel, ne sont donc pas ceux auxquels conviennent les *exercices difficiles*. Nous venons de voir quels sont les exercices du corps qu'il faut éliminer du programme d'éducation physique. Voyons maintenant quels sont ceux qu'il faut recommander aux enfants et aux jeunes gens entachés de nervosisme ou d'arthritisme et que nous avons surtout en vue. Ces exercices doivent réunir les différents caractères que voici :

a. Ils doivent être faciles, en d'autres termes, ne

pas imposer au sujet qui les exécute un long apprentissage et par conséquent une tension cérébrale soutenue. S'ils ne remplissent pas cette condition, ils peuvent produire soit l'éréthisme nerveux, soit l'épuisement.

b. Ils doivent nécessiter un travail musculaire assez intense, produire un essoufflement *modéré*. Alors ils favorisent, avec le développement du thorax, l'oxygénation du sang et la régularité de la nutrition, seuls effets utiles de l'exercice physique lorsqu'on se propose d'obvier par lui aux effets de la sédentarité (défaut d'oxygénation, ralentissement de la nutrition, etc.).

c. Offrir un attrait suffisant et, autant que possible, s'accomplir en plein air.

Or, les exercices les plus faciles, les plus instructifs, ce sont les marches, les promenades, la course, les poursuites et les vieux jeux français « de barres », de « balle », de « saute-mouton », le saut à la corde pour les jeunes filles, etc. Ces exercices de vitesse conviennent surtout aux enfants qui n'ont pas atteint la quinzième année. Après cet âge, les jeunes gens se livrent plus volontiers aux exercices dits de sport, qui ont généralement plus d'attrait pour eux. Parmi ces exercices, le jeu de l'aviron, si facilement appris, le cyclisme, nous paraissent particulièrement favo-

rables. L'apprentissage qu'ils exigent n'est jamais bien long. La période d'initiation une fois franchie, ils ne nécessitent plus que des mouvements rythmés *et automatiques*, si bien que tout en produisant « la soif d'air » et les inspirations profondes, ils permettent le repos complet du cerveau. La fatigue qu'ils déterminent est franchement musculaire et ils combattent ainsi à la fois les inconvénients de la sédentarité et ceux du surmenage intellectuel.

III. **Hygiène de la peau. — Hydrothérapie.** — Dès leur plus jeune âge, les enfants issus de nerveux doivent être accoutumés aux pratiques de l'hydrothérapie. Les ablutions froides, les douches, les bains en piscine, les bains de mer ou de rivière, suivis de frictions, seront (à moins qu'il existe des contre-indications particulières) toujours d'un heureux effet. L'action à la fois sédative et tonifiante exercée par les pratiques hydrothérapiques sur le système nerveux est trop connue, pour que nous ayons à insister longtemps sur leurs propriétés hygiéniques.

IV. **Alimentation.** — Il va sans dire que la plupart des sujets héréditairement prédisposés au nervosisme ne doivent nullement être soumis à un

régime alimentaire spécial. Nous devons rappeler cependant qu'il convient de leur imposer un usage extrêmement modéré des boissons alcooliques. Une réglementation particulière de l'alimentation n'est nécessaire que pour ceux qui, nés de parents arthritiques, goutteux ou lithiasiques, ont déjà présenté eux-mêmes quelques manifestations pathologiques de même origine (eczéma, tendance à l'obésité, etc.).

CHAPITRE III

ÉDUCATION MORALE

Cette partie de l'éducation est assurément la plus importante et cependant la plus négligée. C'est à elle qu'il appartient de développer chez l'enfant cet ensemble de qualités morales qui font les caractères énergiques et bien équilibrés, c'est-à-dire capables de résister fermement à l'action dissolvante des peines afflictives et des passions dépressives, origine réelle de tant de cas de neurasthénie. Elle seule peut lui donner, avec une volonté forte, la confiance en soi, un jugement ferme, en un mot tous les attributs de la force et de la santé morales. Malheureusement elle est presque toujours livrée au hasard. Les parents mêmes n'ont pas, le plus souvent, une idée exacte du but de l'éducation, surtout quand les enfants sont encore très jeunes. « Quel est, dit plaisamment Guyau, l'idéal moral proposé à la plupart des enfants dans la famille? Ne pas être trop bruyant, ne pas se mettre les doigts dans le nez ni dans la bouche, ne pas se servir à table avec

les mains, ne pas mettre, quand il pleut, les pieds dans l'eau, etc. Être raisonnable! Pour bien des parents l'enfant raisonnable est une petite marionnette qui ne doit bouger que si on en tire les fils.... » La remarque est juste et, l'on en conviendra, c'est perdre un temps précieux que de consacrer à un pareil dressage les premières années de l'enfant; ce n'est pas l'éduquer que de le diriger ainsi. On comprend aisément que dans ces conditions les mauvais instincts que les enfants ont hérités de leurs proches se donnent libre carrière. Tous les travers du caractère, la volonté débile, capricieuse, l'entêtement, l'égoïsme, la sujétion aux impulsions et à la colère, etc., se développeront chez eux d'autant plus que, fils de déséquilibrés, de névropathes, ils auront souvent sous les yeux l'exemple toujours contagieux des défauts et des travers moraux de leurs parents eux-mêmes.

Pour être efficace, l'éducation morale doit s'exercer dès le premier âge, durant cette période où l'esprit de l'enfant est particulièrement apte à recevoir les impressions qui lui viennent du dehors et d'en conserver l'empreinte. Ce n'est pas sans raison qu'on a pu comparer l'état de l'enfant, au moment où il vient au monde, à celui d'un hypnotisé : même absence d'idées de part et d'autre, même domination d'une seule idée ou monoïdéisme

passif. Si tous les enfants ne sont pas hypnotisables, comme on l'a prétendu, ils sont particulièrement ouverts à la suggestion à l'état de veille. Nous entendons par là, qu'ils se montrent parfaitement dociles à toutes les incitations qu'ils reçoivent de leur entourage. Tout ce qu'ils sentent, tout ce qu'ils perçoivent s'impose à leur esprit et peut devenir le point de départ d'une habitude qui se propagera peut-être pendant la vie entière. Cette suggestion-là diffère de la suggestion hypnotique par maints caractères importants que nous n'avons pas à définir ici, mais elle est susceptible de produire des sensations et des sentiments, des idées, des volitions, des actes enfin et de créer chez l'enfant, par leur répétition, des instincts, des habitudes. La suggestion peut donc être employée comme un moyen d'éducation morale, et comme un modificateur puissant des tendances héréditaires. Nous croyons en tout cas qu'elle doit être un des grands ressorts de l'éducation morale des enfants prédisposés, parce que ces sujets sont particulièrement impressionnables et sensibles aux impulsions suggestives qui leur sont communiquées. On a très justement défini la suggestion : « l'introduction dans l'esprit d'une croyance pratique qui se réalise elle-même » (Guyau). Il s'ensuit que toute l'éducation morale

doit tendre à ce but : convaincre l'enfant qu'il est capable du bien et incapable du mal afin de lui donner la puissance de faire le bien, l'impuissance de faire le mal; lui faire croire qu'il a une volonté forte, qu'il est maître de soi, afin de lui communiquer la force et, à la longue, l'habitude de vouloir et de se commander à lui-même.

L'estime témoignée en public est une des formes les plus puissantes de la suggestion moralisatrice. Déclarer aux enfants qu'on leur suppose telle ou telle qualité, c'est bien souvent les amener à faire tous leurs efforts pour justifier la bonne opinion qu'on a d'eux, aussi faut-il leur communiquer le plus possible la conscience précoce de leurs bons penchants, leur supposer toujours les qualités qu'on leur souhaite, les croire capables de bonté, de bonne volonté. Par contre, l'éducateur doit éviter avec soin de donner à l'enfant « la formule de ses mauvais instincts ». Dire à haute voix en présence d'un enfant qu'il est paresseux, incapable de faire ceci ou cela, c'est souvent lui suggérer, avec la croyance qu'il est incapable d'application, le défaut même qu'on voudrait supprimer. Pour la même raison il ne faut jamais, lorsqu'il a commis quelque action blâmable, interpréter cette action dans le sens le plus mauvais. Le jeune enfant est trop inconscient pour avoir une intention forcé-

ment perverse; lui prêter la volonté arrêtée, la résolution de mal faire, c'est le juger injustement et souvent développer en lui un mauvais instinct avec le sentiment qu'il peut de propos délibéré accomplir une méchante action. Il vaut mieux en pareil cas lui déclarer qu'il s'est *trompé*, qu'il n'a pas entrevu les conséquences auxquelles son acte eût pu aboutir, etc.

On doit de bonne heure accoutumer l'enfant à avoir confiance en lui-même. Il faut pour cela que tous ceux qui l'entourent, l'encouragent et acceptent avec bienveillance tout ce qu'il fait ou dit de bonne volonté, sauf à lui faire entendre doucement, s'il y a lieu, qu'en s'y prenant de telle ou telle sorte il eût mieux fait, mieux réussi. Il est de la plus haute importance que la timidité ne s'empare de lui. Rien n'est plus propre à lui ôter la confiance en soi que de lui déclarer brutalement qu'il ne comprend pas, qu'il ne *sait pas*, qu'il ne *peut pas* faire telle ou telle chose, que de se moquer de ses tentatives.... « L'homme, dit Pascal, est ainsi fait qu'à force de lui dire qu'il est un sot, il le croit : et à force de se le dire à soi-même, on se le fait croire. Car l'homme fait lui seul une *conversation intérieure* qu'il importe de bien régler.... » Or, l'enfant est à cet égard tout à fait semblable à l'homme. L'éducation doit donc lui persuader toujours qu'il

pourra comprendre et qu'il *pourra faire* ceci ou cela et lui savoir gré du moindre effort.

Il faut encore habituer l'enfant à *vouloir* et à accomplir ce qu'il a voulu, à persévérer dans l'effort, en un mot à pouvoir. C'est pour cela qu'il est bon de lui donner une *tâche*. Mais cette tâche doit être pendant longtemps au-dessous de ses forces et ne s'accroître que proportionnellement à leur développement. Si cette condition n'est pas remplie, si l'enfant se sent toujours inférieur à sa besogne, la tâche qu'on lui impose, au lieu d'être un exercice salutaire, un entraînement de sa volonté et de son attention, ne servira qu'à le convaincre de son impuissance et à le décourager. Il perdra peu à peu toute confiance en ses facultés, et doutera de lui-même ; et ce sentiment, une fois grandi et installé dans sa conscience, pourra être chez lui l'origine de cette paralysie morale qu'on appelle l'*aboulie*.

Contre les mauvais instincts, contre les impulsions, le remède le plus sûr, c'est encore la suggestion par le précepte et par l'exemple. Pour apprendre aux enfants à être fermes il faut qu'on soit ferme à leur égard. Ils admirent la force de volonté chez les autres de même qu'ils admirent la force physique, et comme ils se modèlent toujours sur les personnes qui les entourent, leur donner l'exemple de la fer-

meté, avoir de la volonté, c'est encore les rendre fermes et fortifier leur volonté. Mais il faut de toute nécessité leur faire comprendre une fois pour toutes que les ordres qui leur sont donnés sont raisonnables, qu'ils n'ont d'autre but que leur bien et les accoutumer ainsi à obéir de confiance quand la raison des actes qu'on leur commande échappe à leur entendement. Pour obtenir d'eux ce consentement habituel à l'obéissance, il faut que les éducateurs quels qu'ils soient fondent l'*autorité*. Or il ne s'agit pas de briser la volonté des enfants par une sorte de dressage mécanique, mais bien de la *diriger*, en évitant toujours qu'elle n'entre en lutte avec la volonté des parents.

Quelle est donc la véritable autorité et de quelle manière doit-elle s'exercer? Dans son beau livre sur l'hérédité et l'éducation, Guyau en a donné une formule heureuse. « L'autorité, écrit-il, se compose de trois éléments : 1° l'affection et le respect moral; 2° l'habitude de la soumission, habitude née de l'exercice même; 3° la crainte. Chacun de ces éléments entre dans le sentiment d'autorité, mais doit être subordonné à celui d'affection. L'affectuosité rend inutile l'autorité dure, le châtiment. » L'enfant qui a besoin de châtiment manque d'affection, et c'est par l'amour qu'on lui porte, qu'on peut en retour faire naître chez lui ce sentiment. L'affection

des parents d'ailleurs doit toujours être pour lui une réponse qu'il doit mériter par sa conduite et une récompense supérieure à toute autre. Le respect n'est qu'une forme de ce sentiment. Reste la crainte. Le châtiment qui l'inspire doit être toujours juste, et il convient de ne l'utiliser qu'à titre de sanction exceptionnelle, exclusivement réservée aux fautes graves, aux rébellions ouvertes. C'est le caractère d'exception qui fait le châtiment efficace. Multiplier les réprimandes et les corrections, c'est leur ôter toute vertu réformatrice sur l'esprit de l'enfant. Lorsqu'il pèche à nouveau peu de temps après avoir été puni, le mieux est de fermer les yeux, de paraître ne pas voir l'intention mauvaise, de changer brusquement le ton, de distraire l'enfant « et de faire ainsi avorter le méfait ». Le châtiment, qu'il soit corporel ou autre, doit toujours être administré sans brutalité, sans colère, sans quoi l'enfant, prenant exemple de son maître, se montrera à son tour brutal et coléreux. Il faut enfin avoir soin de donner à la punition une couleur morale, car ce n'est pas la peur du châtiment en lui-même qu'il faut faire naître dans l'esprit de l'enfant, mais bien le regret moral de l'avoir mérité.

La mauvaise humeur, la tristesse, le pessimisme, l'égoïsme, sont des travers de caractère fréquents chez les névropathes, chez les déséquilibrés. Ces

sentiments d'insociabilité se retrouvent en germe dans certains états d'esprit de l'enfant en apparence peu graves, mais qu'il faut réprimer de bonne heure.

La bouderie n'est, en effet, qu'une première manifestation de l'insociabilité. L'enfant qui boude, se donne le plaisir de déplaire à qui le contrarie, et la satisfaction d'amour-propre de tenir en échec la volonté d'autrui sans s'avouer vaincu par elle. En le laissant s'habituer à bouder après chaque réprimande, on l'habitue à rester sur la faute commise sans faire aucun effort pour la réparer et par conséquent sans remords. Il faut donc accoutumer les enfants à se réconcilier bien vite avec la personne qui les a grondés. Ils s'habituent ainsi à ne plus pouvoir supporter l'idée « d'être fâchés » avec qui que ce soit ; à désirer la réparation de leur faute, ce qui est une des formes du remords actif, à attendre ardemment le mot qui réconcilie et qui donne la paix du cœur.

La mauvaise humeur est bien souvent le fait de l'éducation. L'enfant que l'on accable de reproches incessants, que l'on contrarie inutilement, à tout propos, se replie sur lui-même, se prend à ramasser ses peines, ses chagrins ; il s'habitue peu à peu à la tristesse, et plus tard sera plus enclin que tout autre au pessimisme, à la dépression morale, au découragement.

Il est un autre travers d'esprit qu'il importe de combattre dès l'enfance, c'est la vanité, qui contient en germe la préoccupation exclusive du moi si commune chez les hypocondriaques, chez les neurasthéniques héréditaires.

L'*émotivité* excessive est un défaut commun à la plupart des enfants issus de souche névropathique et dont il faut à tout prix entraver le développement. L'émotivité dépend bien certainement d'une disposition native du système nerveux qui fait que le moindre choc moral, la plus petite contrariété provoque dans les centres nerveux un retentissement douloureux, qui se répercutant dans tous les organes, y produit cet ensemble complexe d'impressions pénibles qui réalise l'émotion. Mais c'est là encore une tendance que l'on peut enrayer et même éteindre par une éducation physique et morale sagement conduite, de même qu'on la cultive, et l'accroît naturellement lorsqu'on néglige de lui faire obstacle. Pour atteindre ce but, divers moyens doivent être mis en œuvre. L'éducation de la volonté, en fortifiant les centres cérébraux modérateurs des effets réflexes, y contribue déjà pour une bonne part; l'éducation physique, les exercices du corps, les pratiques hydrothérapiques, en tonifiant le système nerveux, en atténuent également l'impressionnabilité. Au contraire, rien n'est

plus pernicieux que les récits terrifiants, les descriptions fantastiques de bêtes monstrueuses que l'on inflige à l'imagination des enfants. En agissant ainsi on cultive en eux le sentiment de la peur et bien souvent les terreurs nocturnes; les hallucinations hypnagogiques qui les secouent dans leur premier sommeil n'ont pas d'autre origine. Rien n'est plus contagieux qu'un état émotionnel; c'est pourquoi il importe, quand ils sont parvenus à un âge plus avancé, que leurs parents ou leurs éducateurs les tiennent soigneusement à l'écart de leurs propres émotions, qu'ils ne leur donnent jamais le spectale de leurs angoisses, de leurs craintes, de leurs mouvements de colère. En d'autres termes, les enfants ne doivent pas être mêlés de bonne heure à la vie des personnes qui les entourent. Il faut les soustraire à tous les milieux où abondent les causes d'excitation et d'émoi. Dans les villes les réunions mondaines, les spectacles dramatiques, le théâtre doivent leur être interdits jusqu'à la douzième ou la quinzième année.

A l'époque de la puberté, les sujets prédestinés par leurs tares héréditaires aux impulsions morbides de toutes sortes, seront l'objet d'une surveillance particulièrement attentive. L'éveil de l'instinct et des désirs sexuels trouble profondément l'équilibre du système nerveux chez ces adolescents. La

plupart d'entre eux s'adonnent aux pratiques de l'onanisme d'une manière abusive et c'est là bien souvent, nous l'avons vu en étudiant les causes de la neurasthénie, un facteur puissant de l'épuisement nerveux. Les enfants élevés dans le milieu familial peuvent être préservés de ce travers, si aux approches de la puberté on a soin de les détourner de tout ce qui peut attirer leur attention sur les fonctions sexuelles, de tout ce qui peut être une cause d'excitation génésique. Mais dans les collèges, dans les internats, ces moyens préventifs sont irréalisables et le mieux est d'atténuer dans la mesure du possible un mal qu'on ne peut empêcher. On y parviendra par une surveillance rigoureuse de tous les instants, en mettant en œuvre l'action toujours sédative des exercices physiques, des pratiques de l'hydrothérapie. Enfin il est bon que les sujets héréditairement prédisposés, parvenus à l'âge adulte, prennent une profession. Toute profession acceptée correspond en effet, au point de vue moral, à un ensemble de suggestions constantes et coordonnées qui nous poussent à agir conformément à une idée directrice et nous imposent à chaque instant, en dépit de nos passions individuelles ou de nos inclinations héréditaires, une règle de conduite conforme à notre état.

CHAPITRE IV

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE CHEZ L'ADULTE

Les mesures de l'hygiène préventive applicables aux adultes se déduisent tout naturellement de l'étude des causes provocatrices ou déterminantes de l'épuisement nerveux. Nous ne saurions les énumérer ici parce qu'elles se confondent avec les règles de l'HYGIÈNE INDIVIDUELLE et PROFESSIONNELLE en général. Et d'ailleurs les grandes causes de la neurasthénie sont à peu près inéluctables. Comment empêcher le surmenage moral, origine de tant de cas d'épuisement nerveux? Ce surmenage est devenu en quelque sorte une condition nécessaire de la vie de notre époque. La connaissance des raisons supérieures qui l'imposent aux générations actuelles, l'étude des moyens propres à l'atténuer, à l'empêcher, échappent évidemment au contrôle de l'hygiène proprement dite. Elles sont bien plutôt du ressort de la sociologie. Herbert Spencer, dans ses *Commentaires philosophiques sur la vie sociale des Américains*, semble avoir perçu

d'une vision sûre les causes profondes de cette suractivité, de cette existence à haute tension où s'épuisent les classes laborieuses des grands centres industriels et commerciaux. « On rencontre, dit-il, dans toutes les sphères, des hommes qui ont souffert d'épuisement nerveux par suite de désastres financiers, ou qui avaient des amis qui s'étaient, les uns, tués par surmenage d'affaires, ou étaient réduits à une incapacité permanente, ou avaient passé de longues périodes de temps à essayer de recouvrer la santé. Cette vie à haute pression fait un mal immense. Le physique en est rongé intérieurement. En outre, cet attachement exclusif au travail a pour résultat que les amusements cessent de plaire et que lorsque le délassement s'impose il a perdu tout attrait. La satisfaction de gagner l'argent dévorant, étouffant presque toutes les autres satisfactions, il n'y a plus cet abandon à l'heure présente qui est requis pour la jouissance complète; cet abandon est empêché par le sentiment toujours présent des responsabilités nombreuses; de sorte que, en dehors du mal physique causé par l'excès de travail, il y a en outre le mal qui détruit la valeur de ce qui serait autrement le charme de la vie. » Après avoir analysé les causes sociales et politiques de cette excessive activité, de cette course acharnée à la fortune,

Spencer en vient à déclarer que nous avons besoin de reviser l'idéal de la vie, que si nous regardons dans le passé, nous trouvons que cet idéal varie avec les conditions sociales. Chacun sait qu'être un guerrier victorieux était le but le plus élevé chez les peuples remarquables du passé, comme cela l'est encore chez beaucoup de peuples actuels. Alors la véritable affaire de l'homme consistait à se battre. Nous avons changé tout cela dans nos sociétés modernes. Avec le développement de la vie industrielle le devoir de travailler a remplacé le devoir de combattre. « En pratique, les affaires se sont substituées à la guerre. »

Cet idéal moderne doit-il survivre dans l'avenir? Il est permis d'en douter. Il est approprié aux siècles où la conquête de la terre et l'assujettissement des forces de la nature à l'usage de l'homme sont le besoin prédominant. « Mais, écrit Spencer [1], plus tard, quand ces deux fins auront été réalisées, l'idéal formé différera probablement beaucoup de l'idéal actuel... J'aimerais soutenir que la vie n'est pas pour le savoir ni pour le travail, mais que le savoir et le travail sont pour la vie. Dans les affaires humaines, partout se fait sentir la tendance à transformer les moyens en fins. Nous

1. Spencer, *loco cit.*

voyons tous l'avare faire cela, accumulant de l'argent pour sa seule satisfaction et oubliant que l'argent n'a de valeur que parce qu'il achète des satisfactions. Mais nous ne voyons pas si clairement d'ordinaire que c'est tout aussi vrai du travail par lequel l'argent est accumulé et que l'activité aussi, soit mentale, soit corporelle, n'est qu'un moyen, et qu'il est tout aussi irrationnel de la rechercher à l'exclusion de la vie complète à quoi elle sert, qu'il l'est pour l'avare d'accumuler de l'argent dont il ne fera rien. Espérons donc que plus tard, quand ce siècle de progrès matériel aura donné aux hommes tous les bénéfices qu'ils peuvent en attendre, il y aura une meilleure distribution du travail et de la jouissance. En somme, il ne faut pas exploiter sa vie. On abuse de « l'évan-« gile du Travail ». Il serait temps de passer à « l'évangile du Délassement ».

SIXIÈME PARTIE

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

Dans le chapitre précédent consacré à l'hygiène prophylactique, nous avons dû nous borner à indiquer les principes qui devraient régir, selon nous, l'éducation physique et morale des sujets héréditairement prédisposés à l'asthénie nerveuse. C'est en effet dans une bonne éducation que nous paraît résider la prophylaxie la plus sûre de l'épuisement nerveux. L'âge adulte, qui est celui de la lutte pour la vie, est fatalement exposé aux multiples et diverses influences productrices des états neurasthéniques : les soucis, les passions, les revers, les maladies sont autant de causes, que le meilleur code d'hygiène prophylactique ne saurait sup-

primer ; les règles prohibitives qu'on pourrait formuler contre elles n'auraient aucune valeur pratique parce que ces éléments étiologiques font partie intégrante de la vie elle-même. Aussi le seul parti possible est-il de préparer les hommes, par une éducation forte, à en supporter victorieusement le choc.

Nous devons maintenant étudier les différents moyens d'ordre hygiénique que l'on peut mettre en œuvre lorsqu'on se propose d'obtenir la guérison des états neurasthéniques confirmés. L'expérience a montré que le meilleur traitement de la neurasthénie est celui qui consiste en une sage réglementation de l'hygiène du malade. C'est en effet à la mise en œuvre méthodiquement combinée des divers agents dont l'hygiène dispose, qu'il convient de recourir à peu près exclusivement dans la très grande majorité des cas ; la médication pharmaceutique ne doit jouer ici qu'un rôle tout à fait secondaire. Nous montrerons d'ailleurs que l'emploi des substances médicamenteuses est souvent plus nuisible qu'utile, qu'il peut tout au moins contrarier l'action de la thérapeutique hygiénique, et nous rechercherons dans quelle mesure il est susceptible d'aider à l'influence curative de cette dernière, qui doit toujours constituer la partie essentielle et fondamentale du traitement.

Les causes de la neurasthénie et les modalités cliniques qu'elle peut revêtir sont, nous l'avons vu, extrêmement nombreuses et il est clair que la formule des prescriptions hygiéniques qui conviennent à chaque cas particulier est elle-même variable, qu'elle peut différer sensiblement d'un sujet à un autre. C'est pourquoi, nous ne saurions trop le répéter, il est indispensable de préciser pour chaque malade, par une enquête approfondie, les causes réelles de son affection, les troubles fonctionnels par lesquels elle s'accuse et le degré d'importance de chacun d'eux. Cela étant dit, il est évident que nous ne saurions indiquer ici en détail toutes les variantes de traitement que la diversité des cas cliniques comporte. Aussi nous bornerons-nous à exposer : 1° l'hygiène générale des neurasthéniques, en ayant plus particulièrement en vue la neurasthénie cérébro-spinale qui répond en réalité au type le plus commun de la névrose, et 2° les indications thérapeutiques spéciales à quelques-unes de ses principales formes cliniques.

Dans les chapitres relatifs à l'hygiène générale des neurasthéniques, nous rechercherons successivement quelle doit être l'alimentation des malades, quels climats leur sont plus particulièrement favorables, quels avantages ils peuvent retirer de l'hydrothérapie, du massage et des exercices gym-

nastiques; enfin, et c'est par là que nous commencerons quelle doit être l'hygiène morale ou, si l'on peut ainsi dire, la diététique mentale de cette catégorie de sujets.

CHAPITRE II

PSYCHOTHÉRAPIE

Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'importance de la psychothérapie dans le traitement de l'asthénie nerveuse. Et cependant ce sujet a été presque toujours sacrifié dans les traités ou les monographies. Nous pensons avec Strümpel, avec Bouveret, que l'action morale exercée par le médecin et le milieu sur le neurasthénique, constitue un des plus puissants agents thérapeutiques que l'on puisse mettre en œuvre.

Cette manière de voir, que nous exprimions dans la première édition de cet ouvrage, a été depuis reprise et développée, peut-être même avec quelque exagération, par divers auteurs[1]. C'est ainsi que Dubois (de Berne) est allé jusqu'à soutenir non seulement que la psychothérapie constituait la méthode de traitement applicable à toutes les psy-

1. Dubois (de Berne), *loc. cit.* — Jean Camus et Ph. Pagniez, *Isolement et psychothérapie*, avec préface de J. Déjerine, Alcan. Paris, 1904.

chonévroses sans exception, opinion à laquelle il nous est impossible de souscrire, mais encore que son emploi dispense dans la neurasthénie de recourir à toute autre thérapeutique. Nous ne saurions nous ranger à cette manière de voir exclusive, à laquelle, d'ailleurs, Dubois lui-même et Déjerine, qui l'a adoptée, ne sont pas strictement fidèles puisqu'ils associent à la psychothérapie le repos et le régime.

Nous estimons qu'en thérapeutique rien n'est fâcheux comme le système. La psychothérapie n'est pas plus que l'électricité ou la douche une panacée applicable à tout, et on n'aboutirait qu'à la compromettre si l'on se proposait de l'employer sous une forme toujours identique dans tous les cas de psychonévroses sans distinction. J'ai insisté plus haut sur la nécessité qu'il y a, avant d'instituer le traitement d'une affection nerveuse, à établir d'abord un diagnostic différentiel précis. Telle médication psychique qui réussit à merveille dans telle de ces affections, échoue radicalement dans telle autre. La mélancolie ne se traite pas comme la folie du doute, ni celle-ci comme l'hystérie, ni l'hystérie comme la neurasthénie dont elle se rapproche pourtant par certains côtés, avec laquelle du moins elle s'associe souvent

Il y a plus : c'est presque énoncer une vérité

banale de dire que la même thérapeutique n'est pas applicable à toutes les formes d'une même affection et qu'en ce qui concerne notamment la neurasthénie, il est indispensable d'adapter les méthodes ou au moins les procédés de traitement aux particularités de chaque cas.

Ces réserves faites, nous estimons que s'il est une affection nerveuse où la psychothérapie rend des services c'est, après l'hystérie, la neurasthénie.

Non pas que nous considérions, à l'exemple de quelques auteurs, l'affection comme purement mentale. Nous l'avons définie une maladie de fatigue, et nous pensons qu'elle consiste dans un affaiblissement de la force nerveuse. Mais si la neurasthénie n'est pas, tant s'en faut, une maladie exclusivement, ni même surtout psychique, c'est une maladie à l'origine et au cours de laquelle le psychisme joue cependant un rôle multiple et important. Il tient dans son étiologie la place prépondérante puisque, comme nous l'avons indiqué, les causes les plus communes de la neurasthénie sont d'ordre moral : émotions, soucis, chagrins, préoccupations d'affaires. Il occupe aussi une large place dans la symptomatologie, d'abord parce que la fatigue intéresse les fonctions psychiques proprement dites (mémoire, volonté, émotivité) au même titre que les autres fonctions nerveuses,

ensuite et surtout parce qu'il intervient pour fixer dans l'esprit certaines images qui constituent dès lors des troubles permanents et durables même quand la cause initiale qui les a engendrées a disparu. Tel phénomène local qui, au début, relève de l'asthénie nerveuse pure (atonie gastro-intestinale, amyosthénie localisée, topoalgie, etc.), peut à la longue, par l'habitude acquise, faire partie intégrante du psychisme. D'ailleurs, de même que dans les affections organiques (tabes, sclérose en plaques), l'esprit surajoute assez souvent aux troubles qui relèvent directement de la lésion ceux qu'engendre l'appréhension, la crainte, l'auto-suggestion, de même, dans la neurasthénie, il amplifie parfois le tableau au delà des phénomènes qui dépendent exclusivement de la fatigue. On conçoit dès lors que la thérapeutique ne puisse négliger son rôle et doive au contraire en tenir un grand compte, soit qu'il s'agisse d'éloigner, par l'isolement par exemple, les impressions sensorielles ou les associations d'idées susceptibles de rappeler les émotions ou les préoccupations qui ont été à l'origine de l'affection, soit qu'on cherche à stimuler l'énergie défaillante de la volonté, soit que, par une sorte de rééducation, on vise à faire disparaître de mauvaises habitudes acquises et à aider l'esprit à rectifier certaines perceptions erronées.

C'est là, en matière de neurasthénie, le rôle de la psychothérapie.

En exposant les causes et les symptômes de l'affection nous nous sommes efforcé de mettre en relief le rôle dévolu aux peines morales, aux passions tristes dans la pathogénie de la névrose, et l'importance de l'état de dépression mentale dans lequel vivent la plupart des neurasthéniques, qu'elle qu'ait été d'ailleurs la cause productrice de leur maladie. La déchéance de l'énergie psychique, de la volonté, la tendance au découragement, aux idées tristes, aux préoccupations hypocondriaques suscitées et entretenues par les sensations pénibles dont ils sont tourmentés, tels sont, avons-nous dit, les traits essentiels de la physionomie morale de ces malades. Nous avons insisté, comme il convenait, sur leur impressionnabilité, sur la facilité avec laquelle ils obéissent aux excitations diverses qui leur viennent soit d'eux-mêmes, soit de leur entourage, en un mot sur leur suggestibilité. Suggestionnables à l'état de veille, ils le sont en effet presque tous, bien qu'à des degrés variables. Conséquence directe de l'affaiblissement de leur personnalité morale, cette suggestibilité est assurément une condition fâcheuse, puisqu'elle les livre à peu près sans défense à l'influence le plus souvent déprimante qu'exercent sur leur esprit, leurs

troubles fonctionnels et le milieu même dans lequel leur maladie s'est développée. Mais, en revanche, elle permet au médecin d'agir d'une manière favorable sur l'état mental de ces sujets, de les réconforter moralement, de leur rendre le courage et la confiance qu'ils ont perdus en écartant de leur esprit les craintes, les idées tristes, les obsessions hypocondriaques qui ont engendré l'épuisement nerveux ou qui concourent pour une large part à son entretien.

Le traitement psychique des neurasthéniques ne consiste pas seulement dans l'influence morale réconfortante que le médecin est appelé à exercer sur le malade par ses paroles et par son attitude. Indépendamment de cette action directe du médecin sur le patient, il existe tout un ensemble d'influences psychiques dont la valeur thérapeutique n'est pas moindre et qu'il faut bien connaître : nous voulons parler des incitations suggestives que communique à l'esprit du malade la mise en œuvre des diverses mesures hygiéniques qui interviennent dans le traitement général de l'épuisement nerveux. L'isolement, le séjour à la campagne, sous un climat favorable, l'hydrothérapie, l'électricité, tous ces agents hygiéniques et thérapeutiques qui semblent s'adresser uniquement à l'état organique du patient, agissent aussi sur son état mental. Nous ne préten-

dons pas que les agents physiques, tels que l'eau ou l'électricité, par exemple, soient exclusivement redevables de leurs effets thérapeutiques à l'influence suggestive qu'ils exercent sur l'esprit des névropathes; mais il est certain que cette influence est considérable. C'est pourquoi nous devons ici envisager successivement :

1° L'action psychothérapique des différentes mesures d'hygiène que comprend le traitement général de la neurasthénie;

2° Le rôle psychothérapique du médecin.

1° Influence psychique des différentes mesures d'hygiène utilisées dans le traitement général de la neurasthénie (*Psychothérapie indirecte*). — L'action bienfaisante qu'exerce sur le moral des neurasthéniques la mise en œuvre des différents moyens hygiéniques que nous envisagerons successivement dans les chapitres ultérieurs, est incontestable; elle constitue un appoint précieux dans le traitement psychique de cette catégorie de malades. L'*isolement*, l'éloignement du milieu où s'est développé l'état névropathique, le séjour à la campagne, ou dans un établissement spécial, l'hydrothérapie, l'électricité, tous ces agents thérapeutiques n'influencent pas seulement l'état somatique des patients; mais, par des procédés

fort dissemblables, ils agissent aussi d'une manière favorable sur leur état mental. On peut même affirmer que c'est à cette action morale qu'ils doivent la meilleure part de leur puissance curative.

En *s'isolant de sa famille*, en s'éloignant du milieu dans lequel sa neurasthénie s'est constituée, soit qu'il séjourne à la campagne dans un site agréable ou qu'il s'installe dans un établissement spécial, le malade surmené réalise aussitôt une réforme qui est particulièrement favorable au rétablissement de son équilibre moral. Il se soustrait aux excitations, aux causes de fatigue inhérentes à l'exercice de sa profession, quelquefois aux soucis, aux chagrins, ou bien aux excès de toutes sortes auxquels il était exposé dans le milieu social où il a vécu jusqu'alors ; en un mot, il écarte ainsi de son esprit tous les facteurs de surmenage et de dépression morale qui ont engendré l'état névropathique ou concouru à l'entretenir. Il cesse d'avoir constamment présents aux yeux les choses et les êtres au milieu desquels il a longtemps souffert et auxquels se sont étroitement associés le souvenir et la pensée de ses troubles et de ses misères quotidiennes. En s'éloignant de son entourage habituel, le malade échappe encore aux soins souvent trop attentifs, aux questions incessantes dont l'accablent ses proches sur sa santé, sur tel ou tel symp-

tôme de son mal; il s'évade en quelque sorte de cette atmosphère morale faite de sollicitude et de commisération et quelquefois aussi d'ironique indifférence, où se cultivent si bien sa dépression mentale et l'irritabilité de son caractère. En rompant brusquemment avec ses habitudes, le neurasthénique, s'il est soumis, en son nouveau séjour, à l'influence réconfortante d'un climat approprié, de la vie calme des champs, renouvelle en quelque sorte son *imagerie* mentale et ses préoccupations hypocondriaques tendent à s'effacer. La discipline du traitement qui lui est prescrit redresse peu à peu l'énergie de sa volonté. Une personnalité nouvelle commence à se substituer à l'ancienne. Si dès ce moment le médecin vient exercer sur son esprit une influence suggestive, réconfortante et habilement conduite, les conditions essentielles du traitement psychique de l'état neurasthénique se trouveront réalisées.

L'*isolement*, c'est-à-dire le séjour dans un établissement spécial, et la séparation de la famille sont des éléments essentiels de la méthode systématique de Weir-Mitchell, méthode que nous exposerons plus loin en détail. Mais cette mesure d'hygiène morale doit quelquefois être imposée, soit séparément, soit associée à d'autres moyens hygiéniques dans diverses formes de l'épuisement

nerveux; et nous devons ici indiquer brièvement dans quels cas elle nous paraît être tout à fait nécessaire. Il est clair qu'il est tout un groupe de neurasthéniques que l'on peut traiter et guérir en les laissant dans leur famille : tels sont par exemple ceux qui ont versé dans la forme légère de l'épuisement nerveux à la suite de fatigues corporelles excessives ou sous l'influence d'un surmenage intellectuel. Par contre, quelle qu'ait été la cause de la neurasthénie, l'isolement prolongé, la cessation de toute relation avec la famille doivent être formellement prescrits au malade lorsqu'il présente l'un des symptômes suivants : un abattement moral profond, de l'anorexie, des préoccupations hypocondriaques persistantes, des phobies, des crises d'anxiété; il en est de même lorsqu'aux troubles fondamentaux de l'épuisement nerveux sont venus s'ajouter une intoxication chronique, l'éthylisme, la morphinomanie, la chloralomanie, l'éthéromanie, etc. La déchéance morale, l'affaiblissement de la volonté qui accompagnent ou plutôt d'où procèdent ces symptômes constituent le caractère fondamental de ces états névropathiques, et ce sont précisément ces altérations de la personnalité qui réclament impérieusement l'isolement du sujet. D'une manière générale, le médecin doit encore exiger la séparation toutes les fois

que, dans son enquête sur l'entourage du malade, il découvre du côté des personnes vivant dans l'intimité de celui-ci soit une tendresse exagérée, soit une indifférence désobligeante, une inintelligence irritante de ses malaises et de ses souffrances.

Il y a, avons-nous dit, dans l'ensemble des procédés hygiéniques ou thérapeutiques qui constituent habituellement le traitement de l'épuisement nerveux, un certain nombre d'agents physiques dont la mise en œuvre peut influencer de la manière la plus heureuse l'état mental des malades. Au premier rang de ces procédés thérapeutiques qui sont susceptibles d'agir indirectement sur l'esprit du patient se place l'*Électricité* avec ses divers modes d'application. Il est certain que l'électricité statique (bains, douches, frictions, etc.) ou les courants continus, ou bien la faradisation, ont quelquefois soit amélioré sensiblement l'état général de quelques neurasthéniques, soit amené la disparition de tel ou tel symptôme marquant. Il est permis de penser que la plupart des succès que l'on compte à l'actif des méthodes électrothérapiques sont bien plus imputables à la disposition d'esprit dans laquelle les malades se sont soumis à ce genre de traitement, qu'aux modifications organiques qu'il a pu apporter dans leurs centres nerveux. Il y a en effet des sujets qui, pour

une raison ou pour une autre, sont convaincus d'avance de l'efficacité « du traitement électrique »: ils ont foi en lui. D'autres, de culture moyenne, sont vivement impressionnés par cet agent physique de nature pour eux mystérieuse et puissante. Chez ces sujets, pour ainsi dire préparés au miracle thérapeutique, l'étincelle ou l'effluve ont vite réalisé l'autosuggestion bienfaisante. Mœbius[1] estime que les quatre cinquièmes des succès obtenus par l'électrothérapie sont dus à l'action suggestive que ses pratiques exercent sur l'esprit des patients. Pour Eulenburg la proportion de cette catégorie de cas serait d'un cinquième seulement. Il nous paraît difficile d'établir en chiffres précis le bilan des succès électrothérapiques attribuables à l'action suggestive. Nous ne nions pas que l'électricité puisse rendre de réels services en dehors de toute influence morale, mais il nous semble, comme à beaucoup de bons observateurs, que son action psychothérapique est incontestable. Le devoir du médecin est donc de discerner justement les cas dans lesquels le malade est appelé à bénéficier de cet agent de suggestion indirecte et à l'appliquer alors avec tout le soin et tout le sérieux nécessaires.

1. Mœbius, *Schmidts Jarbuch*, 1889.

L'*Hydrothérapie* froide est encore un bon stimulant de l'énergie psychique. Un psychasténique à volonté débile, qui s'astreint à se lever chaque jour à une heure très précise, pour recevoir un jet d'eau froide, exerce incontestablement sa faculté de vouloir. Il en est de même de la règle de vie imposée au patient par le médecin : la discipline du traitement auquel il est soumis réveille et raffermit progressivemeut la volonté toujours somnolente. La régularité des heures de repas, de sommeil, tout cela agit favorablement sur le moral du malade. Il cesse de se morfondre dans l'inactivité veule et la méditation de ses maux qui lui sont coutumières; il reprend peu à peu confiance en lui-même et se prend de plus en plus à croire à la guérison plus ou moins prochaine de sa maladie.

Ici se pose la question de savoir si les neurasthéniques doivent s'abstenir de tout travail intellectuel, et, dans le cas contraire, dans quelle mesure et sous quelle forme le travail de l'esprit doit être permis. Il est évident qu'il n'est pas possible de formuler à cet égard de règle absolue. La conduite à tenir à ce sujet varie naturellement d'un cas à l'autre; elle dépend à la fois et du neurasthénique et aussi de la cause principale et de la forme même de sa neurasthénie. Ainsi il est

indiqué d'interdire non seulement tout travail mental, mais même toute lecture, aux malades qui ont versé dans la cérébrasthénie pure à la suite d'un labeur intellectuel exagéré. Ces surmenés s'améliorent vite sous l'influence du repos de l'esprit et d'un séjour à la campagne suffisamment prolongé, additionné de promenades et de quelques exercices physiques.

Par contre, un malade devenu neurasthénique à la suite de chagrins, de peines afflictives pourra bénéficier d'un travail intellectuel quotidien, mais modéré. Si, durant une heure ou deux, il applique chaque jour son esprit à un sujet d'étude ayant pour lui un attrait suffisant, il trouvera dans cette pratique une distraction efficace à ses préoccupations, un moyen de rompre le cours de ses soucis, de ses agitations douloureuses.

La plupart des malades, à l'exception toutefois de ceux qui, atteints de neurasthénie à forme grave, sont obligés à un repos complet du corps et de l'esprit, doivent être autorisés à s'adonner à la lecture durant une heure et demie au plus chaque jour. Le choix des livres est quelquefois très important et certains malades doivent être guidés dans leurs lectures. Ceci exige naturellement de la part du médecin une connaissance parfaite de l'état moral du patient, de ses ten-

dances et de ses travers d'esprit, de son caractère, de ses préoccupations habituelles. Le moment de la journée auquel le malade se livre à la lecture n'est pas non plus indifférent : les neurasthéniques excitables, et plus particulièrement ceux qui souffrent d'insomnie, doivent s'abstenir de toute lecture dans les heures qui précèdent le coucher. Durant ces mêmes heures il importe également que les malades évitent les conversations longues, roulant sur des questions qui les touchent de près ou qui les intéressent par trop vivement. Tous ces petits procédés d'hygiène morale relatifs au travail intellectuel, au temps de repos et d'activité mentale à imposer au malade, sont souvent plus efficaces qu'on ne pourrait le penser, et le médecin qui dirige la cure doit se garder de les négliger lorsqu'il en vient à tracer à son malade le programme d'existence qu'il devra suivre pendant la durée du traitement.

Indépendamment de la lecture, il est un certain nombre de distractions qu'il faut non seulement permettre, mais encore conseiller à certains neurasthéniques. Le dessin, la pratique de la photographie, la musique amusent, égayent ces malades, surtout lorsqu'ils ont acquis un certain talent dans l'exercice de ces arts d'agrément et qu'ils sont susceptibles d'en tirer de sensibles satisfactions

d'amour-propre. Mais en ceci comme en toutes choses, il importe de procéder avec modération, d'éviter l'abus et surtout la fatigue.

Il est une règle d'hygiène psychique dont l'importance nous paraît très grande et qui malheureusement est souvent fort difficile à appliquer dans la pratique courante : nous voulons parler du choix de la personne ou du petit nombre de personnes avec lesquelles les malades doivent entrer en contact journalier et avec lesquelles ils sont appelés à s'entretenir. Il n'est pas bon que les neurasthéniques vivent dans la solitude. Ils la recherchent et s'y complaisent bien souvent, soit parce que la présence d'une personne importune leur paresse intellectuelle, leur apathie, soit parce qu'elle les gêne dans leurs rêveries, dans leurs méditations tristes, leurs préoccupations hypocondriaques. C'est pourquoi il faut faire en sorte qu'ils aient souvent, disons constamment, près d'eux, durant les promenades et les heures de repos, une personne intelligente, garde-malade ou amie, qui sache habilement les intéresser et les distraire par ses propos, sans les fatiguer toutefois; rôle fort délicat, sans doute, mais on ne peut plus bienfaisant, lorsqu'il est bien rempli. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'interdire formellement aux neurasthéniques placés dans les établissements spéciaux,

et par conséquent vivant dans le voisinage immédiat d'autres neurasthéniques, le contact et la fréquentation de leurs pareils : la condition s'impose, mais sa réalisation pratique, il faut le reconnaître, est souvent fort difficile. Sur ce point le médecin ne saurait se montrer trop attentif ni trop exercer sa surveillance.

2° **Rôle psychothérapique du médecin. Suggestion hypnotique. Suggestion à l'état de veille. Direction morale et psychothérapie par raisonnement** (*Psychothérapie directe*).

A côté de la psychothérapie indirecte dont nous venons de parler prend place la psychothérapie directe, qui comprend l'ensemble des moyens psychiques dont le médecin peut user pour agir sur l'esprit du neurasthénique.

Avant de préciser en quoi celle-ci consiste et comment on en doit user, il est nécessaire de rappeler que cette psychothérapie, qui est, comme l'a très bien définie Grasset [1], la thérapie par les moyens psychiques, n'est pas une. Elle comporte des modes divers entre lesquels le médecin aura à choisir et qu'il importe dès l'abord d'indiquer.

Les procédés psychothérapiques se peuvent en

1. J. Grasset, *La Psychothérapie* in *Revue des Deux Mondes*, 15 septembre 1905. — Voir aussi à ce sujet : Bernheim, *Suggestion et Persuasion* in *Revue méd. de l'Est*, 1905.

réalité ramener à trois : la psychothérapie par *suggestion hypnotique*, celle par *suggestion à l'état de veille*, enfin la psychothérapie par persuasion qu'il est plus rationnel d'appeler la *psychothérapie par raisonnement*.

La première est celle qu'on exerce par l'intermédiaire du sommeil hypnotique. Nous allons montrer qu'elle est de peu de ressource dans le traitement de la neurasthénie et qu'elle y a plus d'inconvénients que d'avantages.

La seconde, la suggestion à l'état de veille, consiste, si on la prend au pied de la lettre, à user de l'autorité et du savoir-faire qu'a pu acquérir le médecin pour imposer, grâce à cette autorité et à ce savoir-faire, une idée, une croyance, une conviction opposée à l'idée, à la croyance, à la conviction morbides.

Quant à la troisième, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps sous le nom de psychothérapie *par persuasion*, on l'a opposée à la seconde comme en étant foncièrement différente. Elle consiste à raisonner le malade, à discuter avec lui les causes et les symptômes de son affection, à lui démontrer pourquoi il souffre et le mécanisme moral de sa souffrance, à lui faire comprendre en quoi il se trompe et comment il pèche. L'appellation nouvelle dont quelques auteurs se sont servis

pour désigner cette forme très ancienne de la psychothérapie, nous semble vicieuse.

La persuasion, en effet, n'est pas un moyen mais un résultat ou, si l'on veut, un but. Toute thérapeutique psychique, directe ou indirecte, quel qu'en soit le procédé, vise la persuasion du malade. Quand, à une hystérique paralysée de la main, on *suggère* l'idée que sa paralysie n'existe pas, on ne fait que la *persuader* par affirmation, ou, si l'on veut, par suggestion ; de même quand, à un dyspeptique qui se croit atteint de cancer, on démontre par un long raisonnement qu'il se trompe, on réalise encore la *persuasion*. Les voies et moyens dans les deux cas ont été différents, le but a été le même. Il n'y a donc pas une méthode psychothérapique à laquelle on soit en droit de donner le nom de psychothérapie *par* persuasion : en revanche toute méthode psychothérapique peut être dite méthode *de* persuasion. Ce qu'on a improprement appelé la psychothérapie par persuasion, c'est la psychothérapie *par raisonnement*.

La psychothérapie par raisonnement est-elle si différente qu'on l'a dit de la psychothérapie par suggestion? Théoriquement peut-être ; et l'on est en droit de dire, dans une certaine mesure, avec Grasset, que la seconde s'adresse au *psychisme inférieur* qui comprend les actes inconscients,

automatiques, involontaires, tandis que la première agit sur le psychisme supérieur auquel appartiennent les actes conscients et volontaires. Ce qui a permis de penser que, « si les deux psychothérapies ont, l'une et l'autre, une action curative psychique, elles diffèrent, l'une de l'autre, en ce que la supérieure fortifie et l'inférieure affaiblit l'unité et la force du moi supérieur, conscient et libre [1] ». C'est la thèse qu'a développée longuement Dubois (de Berne) dans son livre sur le *Traitement des Psychonévroses* et qu'ont adoptée Pagniez et Camus dans le leur. Il est incontestable que la suggestion pure, qui suppose la soumission étroite du suggestionné au suggestionneur, n'est pas faite pour développer l'énergie volontaire et qu'elle tend plutôt à l'affaiblir ; il n'est pas moins certain que, par le raisonnement, qui est un procédé de rééducation, on peut au contraire relever des énergies défaillantes, et accuser la personnalité du sujet. Mais, en pratique, il n'en va pas tout à fait ainsi : raisonnement et suggestion s'associent presque toujours dans une mesure plus ou moins large. Et si l'on peut à la rigueur supposer une suggestion à l'état de veille à laquelle toute considération logique soit étrangère, il n'est pas de

1. J. Grasset, *loc. cit.*, p. 35.

raisonnement persuasif qui ne suppose l'intervention de la suggestion à quelque degré. Dans tout effort de rééducation fait par le médecin, à côté de l'intelligence la sensibilité morale entre chez le malade en action. Bernheim[1] l'a dit avec raison : « Est-il vrai que la persuasion s'adresse uniquement et toujours à la raison et qu'elle soit aussi persuasive, lorsqu'elle s'adresse à la raison seule, sans artifice? L'avocat, l'homme d'affaires, le diplomate, le moraliste prédicateur de bonne foi, ne savent-ils pas que, pour convaincre et faire impression, il ne suffit pas d'écrire ou de débiter froidement leur raisonnement? Le geste, l'intonation de la voix, la tournure des phrases, la magie du style, les mots qui portent, c'est-à-dire qui impressionnent, tout cela concourt à faire pénétrer l'idée dans les cerveaux, à les persuader. » S'il en était autrement le phonographe pourrait être souvent substitué au médecin dans la pratique de la psychothérapie. Ce qui précède nous conduit à admettre que c'est seulement par une sorte d'artifice qu'on pourrait penser à dissocier, dans la pratique, la psychothérapie suggestive et la psychothérapie par raisonnement. Aussi en réunirons-nous l'étude dans le même chapitre, tout en décla-

1. Bernheim, *loc. cit.*, p. 6.

rant dès maintenant qu'on rend d'habitude plus de services aux neurasthéniques en s'adressant à leur intelligence qu'à leur sensibilité.

1° *Suggestion hypnotique.* — Assurément, le trouble intime des centres nerveux d'où procèdent les syndromes neurasthéniques ne saurait être supprimé d'une manière durable et complète par quelques séances d'hypnotisme. C'est pourquoi « la méthode hypnotique », que quelques auteurs ont tant prônée dans le traitement des maladies du système nerveux et notamment des névroses, ne peut être raisonnablement proposée comme méthode de traitement général des états neurasthéniques : tous les médecins qui ont suivi des neurasthéniques et constaté la ténacité habituelle de l'épuisement nerveux s'accorderont à le reconnaître. Par contre, il est certain que la suggestion hypnotique peut rendre quelques services lorsqu'elle est mise en œuvre contre tel ou tel accident épisodique et de nature psychique survenu dans le cours d'une neurasthénie (obsessions, phobies, etc.). C'est ainsi que Bernheim, V. Elden, Forel et beaucoup d'autres auteurs ont obtenu soit l'amélioration, soit la disparition de symptômes neurasthéniques, tels que la dépression cérébrale, les préoccupations hypocondriaques, l'insomnie, etc. Mais ici il est nécessaire de bien s'entendre sur la

signification des termes état hypnotique et suggestion hypnotique. D'après notre expérience personnelle, les neurasthéniques purs, c'est-à-dire sans mélange d'hystérie, ne sont pas hypnotisables au sens rigoureux du mot. Les états de sommeil que l'on provoque chez eux par les divers procédés usités en pareils cas ne présentent nullement les caractères essentiels du somnambulisme, l'inconscience, l'oubli au réveil, etc., et de même les suggestions communiquées dans ces états de sommeil ne se développent pas avec cet automatisme complet, cette inconscience, cette indépendance des autres idées personnelles dont la collection constitue le moi conscient, qui sont les traits distinctifs et les caractères nécessaires de la suggestion proprement dite. Cet hypnotisme et ces suggestions ne sont réalisables que chez les hystériques et chez les hystéro-neurasthéniques. Pour qu'ils soient possibles, il faut une altération de la personnalité plus profonde que celle qui existe dans les états neurasthéniques purs, et c'est peut-être là une des traces de démarcation les plus sûres entre l'état mental du neurasthénique et l'état mental hystérique. On aura donc rarement l'occasion d'obtenir le véritable sommeil hypnotique chez les sujets neurasthéniques. D'ailleurs il n'est pas sans danger d'accoutumer, de dresser en quelque sorte les

malades au somnambulisme provoqué; et nous pourrions citer ici plus d'un cas où une semblable pratique ne fit qu'aggraver l'état névropathique et même détermina manifestement l'apparition de troubles mentaux d'une réelle gravité (délire, confusion mentale). Les « sommeils » que l'on impose généralement aux sujets neurasthéniques et qui correspondent aux premiers degrés de l'hypnose, suivant la classification de Bernheim, sont fort différents du somnambulisme provoqué vrai. Les malades ne perdent pas la conscience d'eux-mêmes : ils assistent « à la séance » malgré qu'ils aient les yeux clos et le bon vouloir de s'abstraire et de dormir. Ce sont des dormeurs éveillés. Aussi, lorsqu'ils obéissent, après « le réveil », aux incitations verbales suggestives que le médecin leur a communiquées, n'est-ce pas en vertu d'une suggestion réelle inconsciente et involontaire qu'ils agissent. Le phénomène mental qui se produit chez eux n'a que les apparences de la suggestion : il en est bien différent. Le mot d'ordre qu'ils ont reçu, ils l'ont reçu en toute conscience; il n'a pas échappé au contrôle de leur personnalité. Et lorsqu'il s'agit de sujets dociles, convaincus de la supériorité intellectuelle de leur médecin, tout disposés par conséquent à lui obéir, vivement impressionnés parfois par le mot d'hypnotisme et ce qu'ils savent

de la chose, on comprend aisément qu'ils acceptent et réalisent la « suggestion » qui leur est donnée. Mais cette suggestion n'est, en dernière analyse, qu'une suggestion à l'état de veille, facilitée peut-être par la croyance du malade en l'efficacité de ce mode de traitement et par le cérémonial qu'il comporte, pareille, en somme, aux suggestions indirectes que peuvent provoquer tous les agents thérapeutiques usités dans le traitement de la neurasthénie, l'électricité, les plaques métalliques, etc. Cet hypnotisme-là n'offre pas de grands dangers. Il a pu rendre, cela est certain, de réels services, amener par exemple la suppression de quelque trouble psychique survenu au cours de l'épuisement nerveux. Mais les cas dans lesquels il est indiqué d'y avoir recours ont toujours paru assez rares. On peut le plus souvent s'en passer. Les résultats qu'il donne, un médecin quelque peu habile peut les obtenir en s'adressant soit à l'intelligence, soit à la crédivité du patient à l'état de veille[1].

2° *Suggestion à l'état de veille. Direction morale. Psychothérapie par raisonnement.* — L'influence morale que peut exercer le médecin sur le malade est un élément capital dans le traitement de l'épui-

1. M. de Fleury, *Traitement rationnel de la neurasthénie* (*Congrès pour l'avancement des sciences*, Besançon, 1893).

sement nerveux. On ne saurait assurément en exagérer l'importance. Elle seule est à même de modifier profondément l'état mental des patients, de réveiller leur énergie, de s'opposer au développement ou d'obtenir la disparition des préoccupations hypocondriaques, des obsessions, des crises d'anxiété dont les malades sont si souvent tourmentés, et par là d'améliorer d'une manière durable leur condition physique ; car bien souvent, nous l'avons vu, c'est de l'état moral que procèdent la plupart des symptômes de l'épuisement nerveux.

Pour assurer le succès de ce traitement psychique, pour que cette action réconfortante, suggestive, du médecin sur le patient soit possible et efficace, il faut de toute nécessité que le médecin sache gagner la confiance de son malade et prendre sur lui une autorité incontestée. Pour cela il doit dès la première entrevue écouter patiemment, comme avec intérêt, le récit parfois très long des troubles éprouvés par le neurasthénique, lire attentivement ou garder pour en prendre connaissance « les petits papiers » où celui-ci a consigné la liste et l'exposé analytique de ses souffrances, et enfin faire de sa personne un examen méthodique et complet. Il est bon aussi que, dans le cours de l'interrogatoire, ou du moins tandis que le patient procède à la description de son cas, le

médecin parfois le prévienne ou le précède en quelque sorte dans son exposé, en lui indiquant tel ou tel symptôme, en précisant les caractères de tel ou tel de ses troubles fonctionnels. Se sentant bien examiné, écouté et compris, le malade est dès lors préparé à tenir pour sincères et justes tous les jugements que le médecin formulera sur la nature de son mal, et par conséquent à accepter sans réserve le traitement qui lui sera prescrit. Le médecin qui veut s'assurer la confiance d'un neurasthénique doit donc l'écouter avec attention, examiner avec soin tous ses organes, et surtout se garder de toute raillerie, de toute réflexion ironique à son égard, quelque étranges que puissent être les doléances ou les confidences qu'il en reçoit. Ce premier point acquis, c'est-à-dire après avoir gagné la confiance du patient, le médecin sera dès lors *autorisé* à le rassurer sur son état en lui déclarant non pas qu'il n'est point réellement malade ou qu'il n'est qu'un malade imaginaire, mais qu'il n'existe chez lui aucune lésion organique et que, par conséquent, tout en réclamant un traitement sérieux et peut-être de longue durée, l'affection dont il est atteint est parfaitement curable; il peut lui citer des exemples de malades guéris, en un mot chercher à faire naître en lui l'espoir, la croyance en

une guérison prochaine. C'est là pour ainsi dire la base du traitement moral des états neurasthéniques.

Pendant tout le cours du traitement, le médecin doit donc, par ses paroles, par son attitude, s'efforcer de maintenir dans l'esprit du patient l'idée qu'il n'est pas en proie à une maladie grave, que ses troubles sont purement fonctionnels et qu'avec de la persévérance il parviendra à s'en débarrasser. En agissant de la sorte il ne tend pas seulement à dissiper des idées hypochondriaques erronées; mais en relevant le moral du malade il détermine des effets dynamogéniques qui concourent à dissiper la fatigue nerveuse et ses manifestations. Rien ne stimule l'activité comme une pensée « réconfortante » et une impression agréable. Il est évidemment indispensable, pour obtenir ce résultat, de surveiller le malade d'assez près, afin qu'au moindre signe de découragement ou d'impatience on puisse intervenir et remettre les choses en l'état. Et cependant il est bon que le médecin évite de voir trop fréquemment son client : en agissant ainsi il court le risque d'user son autorité, d'émietter son influence : il doit savoir espacer suffisamment ses visites. Il est bon que la venue du médecin soit un peu désirée; elle doit être en quelque sorte pour le neurasthénique, dans le cours

de la cure, un événement toujours marquant et qui l'impressionne. C'est pourquoi encore le médecin ne doit jamais se laisser aller à prendre vis-à-vis du malade un ton trop familier : son attitude ne doit pas être faite seulement de commisération et d'attention débonnaire : il y faut aussi la fermeté et parfois même un peu de raideur. Le patient a besoin de sentir en lui une raison supérieure et une volonté forte qui le dirige et lui soit un appui solide dans la réforme morale qu'il est incapable de s'imposer. A ce propos, Bouveret a très justement fait remarquer que ce que Legrand du Saulle avait si bien dit du traitement de la folie douce, est de tous points applicable au traitement d'un certain nombre d'états neurasthéniques : « Si le malade ne reçoit que des consolations banales, et s'il transige avec vous sur un ou plusieurs points, il s'éloigne désappointé et ne revient jamais. Ce qu'il a tenu essentiellement à rencontrer chez le médecin, c'est une autorité qui commande à sa volonté et la subjugue, et non pas une affabilité raisonneuse qui discute et capitule. »

Ce sont là des indications très générales sur l'attitude que doit prendre le médecin en face des neurasthéniques. Mais il est évident que ses paroles, ses actes, les petits stratagèmes dont il devra user, varieront suivant les diverses circonstances parti-

culières. Chaque cas exige une méthode spéciale et se trouve en quelque sorte justiciable de procédés de suggestion verbale spéciaux. Tous ceux qui ont quelque peu pratiqué cette catégorie de malades savent combien, malgré de très nombreux points de ressemblance, ils sont en réalité différents les uns des autres par leurs tendances, leur sensibilité morale, leur caractère, leur niveau social, leur degré d'intelligence, toutes conditions qui imposent au médecin, pour bien diriger leur traitement psychique, des façons de parler ou d'agir on ne peut plus variées. Aussi celui-ci doit-il, avant d'entreprendre le traitement moral d'un neurasthénique, s'enquérir minutieusement non seulement de son histoire, de ses antécédents héréditaires et personnels, mais encore de son entourage, des circonstances dans lesquelles il a versé dans la neurasthénie, des origines réelles, morales ou autres, de son épuisement nerveux. De même, lorsqu'il se propose d'agir plus particulièrement contre une idée fixe, une obsession hypocondriaque, il doit savoir remonter en provoquant sur ce point les confidences du patient, à l'incident, au trouble morbide qui en a été l'amorce. Il sera alors en mesure de démontrer au malade l'inanité de ses craintes en lui faisant comprendre comment son attention s'est fixée sur un trouble réel, mais pure-

ment fonctionnel et sans gravité, comment il s'est habitué peu à peu à l'interpréter d'une façon erronée, à lui prêter une importance qu'il n'a pas, une signification qui n'est pas la vraie. Ce procédé qui consiste à retracer au malade d'une manière juste et précise les étapes de ses préoccupations hypocondriaques, et en quelque sorte la genèse de ses obsessions, est bien fait pour l'impressionner. Nous pourrions citer de nombreux exemples de guérison d'idées fixes obtenues par cette méthode. Mais pour qu'elle soit applicable, il est une condition nécessaire, c'est que le neurasthénique soit doué d'une intelligence assez vive. Lorsqu'on est en présence d'un neurasthénique d'esprit pénétrant, ayant un peu ce que l'on pourrait nommer le don de l'observation intérieure, il ne faut pas craindre de le renseigner, de l'éclairer sur l'affection dont il souffre, de lui faire pour ainsi dire toucher du doigt le point de départ et l'évolution des idées obsédantes, des craintes, des peurs qui le tourmentent. C'est là, croyons-nous, un bon moyen de l'en débarrasser. Il va sans dire que la conduite à tenir à l'égard des sujets moins bien doués sous le rapport des aptitudes intellectuelles doit être toute différente. Il vaut mieux, dans ces cas, avoir recours aux procédés de suggestion ou de démonstration indirecte dont nous ne saurions évidemment tracer

à cette place un tableau complet. Prenons seulement un exemple : voici un neurasthénique qui, pour avoir éprouvé quelques douleurs et un certain degré de faiblesse des membres inférieurs, s'est imaginé qu'il était atteint d'une maladie grave de la moelle épinière, de tabes dorsal : on pourra lui démontrer qu'il ne présente aucun des symptômes fondamentaux de cette affection, que sa sensibilité est intacte, que l'occlusion des yeux ne provoque pas chez lui de déséquilibre, que ses réflexes rotuliens sont conservés, que ses pupilles sont égales et réagissent comme il convient. La claustrophobie, la peur des espaces, toutes les phobies, en un mot, dans leurs formes atténuées, sont justiciables de traitements plus ou moins analogues, mais dans le détail desquels nous ne saurions entrer ici, parce que, dans la pratique, le mode d'application en est, nous le répétons, on ne peut plus variable. L'action du médecin touchant les causes morales qu'on retrouve si souvent à l'origine des états neurasthéniques est des plus importantes ; mais elle ne saurait non plus être précisée. Pour apaiser des regrets cuisants, des douleurs intimes, pour amener le malade à vivre pour ainsi dire en paix avec lui-même, la conduite et le langage à tenir sont évidemment très particuliers pour chaque cas. C'est là une des parties

les plus délicates du rôle dévolu au médecin et qui exige de sa part beaucoup d'initiative, de prudence et de tact, en même temps qu'une connaissance intime du passé et de la personnalité du patient.

Chez les malades doués d'intelligence on peut aussi recourir avec avantage aux procédés *d'autosuggestion* qu'a étudiés et conseillés P.-Émile Lévy[1]. Le procédé du *Recueillement* est susceptible de rendre de réels services. « On se placera, dit P.-É. Lévy, dans une chambre tranquille à l'abri de l'agitation, du bruit, de la lumière. On s'étendra commodément, le corps bien libre de toute gêne ; on se mettra en un mot dans les conditions mêmes qui favorisent notre sommeil de chaque soir. Puis, fermant les yeux, on se concentrera sur l'idée de dormir... A un moment, nous sentons un certain état d'engourdissement et de calme de notre esprit et de notre corps : nos idées, nos sensations se sont obscurcies, comme voilées... Nous nous donnons alors les suggestions convenables. Ces affirmations seront faites le temps que nous jugerons nécessaire, quelquefois mentalement, souvent, mieux encore, à haute voix ou demi-haute, pour que notre attention soit plus aisément

1. Paul-Émile Lévy, *L'éducation rationnelle de la volonté*, Paris, 1905, Alcan.

captivée. A l'occasion même, nous saurons nous aider du geste, nous toucherons, nous frictionnerons légèrement la région souffrante... La suggestion finie, il suffit de rouvrir les yeux. »

On voit par ce qui précède que si la psychothérapie rend de grands services chez les neurasthéniques, elle ne saurait être asservie à une formule unique et toujours la même. Le bon médecin n'est pas celui qui a *son système* et l'applique empiriquement à tous les cas, mais celui qui sait démêler les indications particulières et adapter sa thérapeutique à la psychologie spéciale de chaque malade.

CHAPITRE III

RÉGIME ALIMENTAIRE

Le régime alimentaire, chez le neurasthénique, doit viser une triple indication : 1° Restituer au système nerveux son énergie défaillante ; 2° S'adapter aux exigences de l'estomac plus ou moins atone ; 3° S'adapter à celles de l'intestin en état d'atonie, de spasme ou d'irritation. La multiplicité de ces indications, qui assez souvent se contredisent l'une l'autre, crée des difficultés réelles pour l'établissement d'une bonne diététique. Alors que fréquemment l'état général mauvais commanderait une nourriture abondante et riche, la dyspepsie gastrique oblige à restreindre et à choisir les aliments ; d'autre part le régime qui convient à l'atonie gastrique n'est pas toujours celui qui s'adapte le mieux à l'atonie intestinale qui coïncide si fréquemment avec elle ; de là, l'obligation pour le médecin de louvoyer en quelque sorte, et d'instituer le régime en conformité avec les indications

prédominantes. On conçoit en effet, par ce qui précède, qu'il n'y a pas *un* régime alimentaire, mais *des* régimes alimentaires pour les neurasthéniques. Ici, sans doute, comme ailleurs, l'empirisme et l'esprit systématique se sont donné libre carrière : il y a des médecins qui ont *leur* régime pour la neurasthénie. Ce que nous avons dit suffit à laisser entrevoir combien sont anti-cliniques ces pratiques exclusives, plus dignes de la quatrième page des journaux que des livres médicaux sérieux. C'est une tautologie, mais qu'il n'est pas inutile de rappeler, que, pour faire de la médecine, le mieux encore est d'être médecin, c'est-à-dire de rechercher les indications particulières à chaque cas et de s'efforcer de les remplir. Depuis Hippocrate les médecins dignes de ce nom ont procédé de la sorte, tandis que, depuis Hippocrate aussi, les empiriques ont eu *leur* procédé, *leur* remède, *leur* système.

Nous n'exposerons donc pas ici *notre* régime alimentaire de la neurasthénie, mais nous dirons brièvement de quelle façon et dans quelle mesure il est possible de remplir les indications que nous avons énumérées plus haut.

I

Le Régime alimentaire envisagé comme reconstituant de l'énergie nerveuse.

Pour qu'il soit possible d'instituer à ce point de vue un régime parfaitement rationnel, plusieurs conditions seraient nécessaires : 1° Il faudrait connaître avec précision ce qu'absorbe et ce que restitue la cellule nerveuse, à l'état de repos et à l'état d'activité, c'est-à-dire, en d'autres termes, les phénomènes de sa nutrition à l'état statique et dynamique ; 2° Il faudrait savoir quelles sont exactement les mutations subies par les divers aliments au travers de l'organisme, et pouvoir déterminer, en tenant compte de ces mutations, la quantité et la qualité de ceux qui doivent être absorbés pour venir en aide au travail nerveux.

Nous sommes loin d'une semblable précision. A vrai dire nous ignorons presque tout des éléments qui pourraient nous permettre d'envisager pratiquement le problème tel que nous venons de le poser. Parce que la substance nerveuse de l'écorce renferme dans sa constitution des graisses phosphorées (cérébrine, lécithine), on a pensé que l'administration par la bouche de substances (alimentaires ou médicamenteuses) contenant du phosphore

pourrait restituer au neurasthénique son énergie. L'observation empirique n'a pas tout à fait infirmé cette conception; on en est pourtant encore à rechercher une substance phosphorée qui soit certainement assimilable à la substance nerveuse et dont on puisse dire avec certitude qu'elle influence la nutrition et le fonctionnement de cette substance.

Si l'on est conduit à instituer chez le neurasthénique un régime alimentaire tonifiant, c'est parce qu'on suppose, non sans quelque raison, que l'asthénie nerveuse se relie à la dénutrition générale, et que le rétablissement de la santé physique doit remédier à l'insuffisance d'énergie nerveuse. Les faits bien observés par Weir-Mitchel et confirmés par tous les observateurs, viennent à l'appui de cette manière de voir. Il ne faut pas perdre de vue toutefois que les neurasthéniques ne sont pas toujours, tant s'en faut, des malades anémiques et amaigris : il y en a dont les apparences extérieures sont au contraire très satisfaisantes. Ce qui prouve que si l'asthénie nerveuse s'associe souvent à un certain degré de déchéance organique, soit qu'elle en résulte, soit qu'elle la provoque, elle peut par contre en être indépendante.

Il y a plus; il faut bien se garder d'instituer d'emblée chez tous ceux qui présentent des signes

de neurasthénie (céphalée, rachialgie, lassitude, vertiges, impuissance cérébrale, etc.) le traitement reconstituant qui ne convient qu'à quelques-uns. Il importe au préalable d'examiner avec grande attention le malade pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à un de ces états de neurasthénie secondaire qui comportent des indications toutes différentes.

En effet les symptômes neurasthéniformes peuvent être sous la dépendance de troubles soit de la nutrition, soit de certaines fonctions, que ne ferait qu'aggraver le régime alimentaire indiqué chez les neurasthéniques vrais.

C'est ce qui a lieu par exemple chez beaucoup d'arthritiques, avec ou sans hypertension. Chez ces malades, qui sont des auto-intoxiqués, l'hyperacidité des humeurs commande un régime modéré en quantité, où la viande et les albuminoïdes en général ne doivent tenir qu'une petite place. Ce sont évidemment ces cas qu'ont eu sous les yeux les médecins (Vigouroux, Gautrelet) qui ont recommandé d'alimenter le neurasthénique plutôt avec des aliments hydro-carbonés qu'avec des aliments quaternaires. Sans doute cette pratique est légitime dans les cas spéciaux dont il s'agit. Étendue à tous les neurasthéniques, aux vrais, elle serait désastreuse. Ce qui prouve encore l'impérieuse

nécessité, pour faire une bonne thérapeutique, d'un bon diagnostic préalable.

Ce que nous venons de dire des neurasthéniques par auto-intoxication arthritique s'applique aux neurasthéniques hépatiques (Glénard. Lagrange); chez ceux-là le régime doit avant tout viser le foie.

C'est donc seulement lorsqu'un examen clinique attentif aura démontré qu'on n'a pas affaire à un de ces états neurasthéniformes secondaires dont nous venons de parler, mais à la neurasthénie vraie, qu'on devra se préoccuper des aptitudes reconstituantes du régime alimentaire. Nous avons dit plus haut combien les notions que nous possédons sur ce point sont vagues et imprécises. Ce qui importe tout au moins c'est que le taux alimentaire ne soit pas, chez les malades, inférieur à ce qu'il doit être chez un homme normal. Il ne sera pas inutile de rappeler ici sommairement ce que la physiologie nous enseigne à ce sujet.

On sait que les aliments se divisent en trois catégories : les aliments azotés, les aliments gras, et les aliments hydro-carbonés (aliments féculents, amylacés, sucrés), auxquels il faut ajouter les sels et l'eau dont nous parlerons plus loin.

a. *Aliments azotés, gras et hydrocarbonés.* — Les aliments azotés ou albuminoïdes ont en partie pour fonction de reconstituer la trame de nos

tissus; les gras, les sucrés, et une partie des albuminoïdes servent à produire de la chaleur et de l'énergie. Un bon régime est celui qui renferme, dans des proportions déterminées, les trois catégories d'aliments, et l'homme instinctivement est conduit à faire usage de ce régime mixte.

D'après A. Gautier[1], dont les chiffres se rapprochent sensiblement de ceux fournis par les autres auteurs, il faut, par jour, à l'homme adulte moyen des races de l'Europe et de l'Amérique du Nord, pour se maintenir en bon état de santé, en ne fournissant toutefois qu'une quantité minima ou nulle de travail :

D'albuminoïdes	110 gr.
De graisses.	69 —
De sucre ou d'amidon (dont le 5e environ peut être remplacé par son demi-poids d'alcool, 40 gr. à peu près).	422 —

Chez l'homme qui se livre à un travail musculaire pénible, ces chiffres augmentent notablement. Il faut alors, toujours d'après Gautier :

D'albumine..	152 gr.
De graisse..............................	85 —
D'hydrate de carbone	630 —

A une activité moyenne doivent correspondre des doses alimentaires intermédiaires. Il va sans

1. A. Gautier, *L'alimentation et les régimes*, Paris, 1904;

dire que ces chiffres sont plus ou moins variables suivant l'âge, la taille, le sexe, la saison.

Les trois catégories d'aliments sont indispensables à la santé. On ne peut pas vivre exclusivement d'albuminoïdes, au moins longtemps, ni exclusivement de graisse ou d'hydro-carbones. Mais il peut y avoir sans inconvénients substitution, dans une certaine mesure, d'une catégorie d'aliments à une autre, des hydro-carbones aux graisses par exemple ou inversement. Une bonne partie des aliments azotés, les aliments gras et hydro-carbonés jouent dans l'économie le rôle de combustible. Or un combustible peut être remplacé par un autre. Dès lors on a cherché une commune mesure qui fût applicable aux trois sortes d'aliments et permît de doser l'alimentation quelle que fût la part respective faite à chacun d'entre eux : cette commune mesure c'est la *calorie*. On sait que la calorie est la quantité de chaleur nécessaire pour élever d'un degré la température d'un kilogramme d'eau.

D'autre part les recherches de Rübner ont établi :

Qu'un gramme	d'albumine équivaut à..........		4.1	calories.
—	de graisse	— à..........	9.3	—
—	d'hydrates de carbone équivaut à.		4.3	—

D'où il appert, en multipliant par ces coefficients les chiffres indiqués plus haut, qu'un adulte

du sexe masculin, menant une vie de repos, doit absorber une quantité d'aliments susceptible de fournir 2800 calories environ ; l'homme qui travaille en doit pouvoir produire beaucoup plus, de 3500 à 3800, la femme au repos beaucoup moins, 2000 à 2200.

Il résulte de ces données qu'un neurasthénique qui, par perte d'appétit, paresse de l'estomac, difficulté de la digestion ou toute autre cause, absorbe une quantité d'aliments équivalant à moins de 2800 calories, ou à moins de 110 grammes d'albuminoïdes, 69 grammes de graisse, 422 grammes d'hydrocarbones, s'alimente insuffisamment et a chance de voir son état d'asthénie persister ou s'aggraver plutôt que s'améliorer.

Certes, dans la pratique, il ne sera pas indispensable de doser d'habitude d'une façon méticuleuse les aliments pris par le malade. Il importe cependant de ne pas s'en rapporter exclusivement aux assertions de ce dernier relativement à la suffisance où à l'insuffisance de sa nourriture; et il faut avoir une mesure qui puisse servir d'étalon pour se faire une idée précise de ce qui est absorbé. On doit à cet égard recourir : 1° à la pesée intermittente des aliments, 2° à la pesée du malade; 3° à l'analyse des urines.

On fera peser de loin en loin, et pendant deux

COMPOSITION DES PRINCIPAUX ALIMENTS

POUR 100 EN POIDS	ALBUMINE	GRAISSE	HYDRATES DE CARBONE
Pain de froment frais	7,0 à 9,3	0,85	46 à 55
Bœuf (viande moyenne)	20,96	5,41	0,46
Veau (viande maigre moyenne)	19,86	7,70	0,41
Mouton (moyen)	17,11	5,77	»
Porc (viande maigre moyenne)	20,25	6,81	»
Jambon	15,98	34,62	»
Poulet (gras)	18,49	9,34	1,10
Dindon (moyen)	24,70	8,50	»
Oie	15,91	45,59	»
Pigeon	22,14	1,00	0,76
Lièvre	23,14	1,97	»
Lapin	21,47	9,76	0,75
Chevreuil	19,77	1,92	1,42
Perdrix	25,26	1,43	»
Grive	22,19	1,77	1,39
Saumon	21,60	12,72	»
Hareng frais	14,55	9,03	»
Maquereau	19,36	8,08	»
Alose	18,76	9,43	»
Limande	18,71	1,93	»
Sole	17,26	0,81	»
Carpe	15,71	4,77	»
Truite	17,52	0,74	»
Raie	22,08	0,45	»

Œufs de poule	12,55 (6 gr. environ par œuf).	12,11 (6 à 7 gr. par œuf).	0,53
Bouillon de viande	0,75	»	0,14
Lait de vache	3,66	3,62	4,48
Crême de lait de vache	3,76	22,66	4,23
Beurre (de Normandie)	0,80	86,4	0,18
Pomme de terre	1,3	0,15	20,0
Haricots secs	13,8	1,95	52,9
Pois	23,15	1,89	52,7
Lentilles	20,3	2,4	56
Asperges	1,79	0,25	2,63
Chou-fleur	2,48	0,34	4,55
Carottes	1,23	0,30	9,17
Épinards	3,49	0,58	4,44
Farine d'orge	11,38	1,53	71,22
— d'avoine	9,65	3,80	69.55
— de riz	5 à 6,4	0,8 à 4	78 à 83
Fromage Gervais	14.32	43,22	»
— de Brie	18.97	25.87	0,83
— de Gruyère	29.49	29.75	1,46
— de Hollande	28,21	27,83	2,50
Pommes	0,36	0,82 (Acides libres.)	7,22
Prunes Reine-Claude	0,41	0.91 (Acides libres.)	8,24
Pêches	0,75	0.92 (Acides libres.)	13,65
Abricots	0.49	1,16 (Acides libres.)	10
Cerises	0.67	0.91 (Acides libres.)	10,24
Poires	0,36	0.20 (Acides libres.)	11,80
Fraises	0,54	0.93 (Acides libres.)	7
Raisins	0,6	» (Acides libres.)	14 à 22

ou trois jours de suite, afin d'avoir une moyenne, les divers aliments pris par le malade : on y joindra la mesure des liquides absorbés, du moins des liquides alimentaires, lait, chocolat. Il sera facile de la sorte de savoir très approximativement non seulement le poids de l'alimentation totale, mais celui des substances albuminoïdes, grasses, ou hydro-carbonées. Il suffira à cet effet de consulter les tableaux qui donnent la composition de chaque espèce d'aliments. Nous en avons dressé un ici d'après les recherches de König, Moleschott, Balland, Gauthier. On y trouvera la teneur en substances quaternaires et ternaires des mets les plus communément usités (voir pages 244 et 245).

Mais il ne faut pas perdre de vue que la richesse nutritive des aliments n'est pas en rapport exact avec leur composition. Sans parler de l'élaboration digestive qui varie avec l'intégrité ou le trouble des fonctions gastriques et intestinales, il y a lieu de tenir compte des déchets non absorbés, variables suivant les diverses substances, même quand estomac et intestin fonctionnent normalement, et rejetés dans les selles. Si l'on ne tenait compte du *coefficient d'utilisation* des aliments on commettrait de grosses erreurs d'appréciation : 100 grammes de lentilles renferment 20 gr. 3 de principes albuminoïdes, 58 gr. 4 de graisse et

d'hydrocarbone : on en pourrait inférer qu'ils sont plus nourrissants que 100 grammes de viande de bœuf moyenne qui donnent à l'analyse 20 gr. 96 de matière azotée et 5 gr. 87 de substances ternaires. Cette déduction serait tout à fait erronée, car alors que le coefficient d'utilisation de la viande de bœuf est de 97,5 p. 100, celui des lentilles n'est que de 60 p. 100, la lentille laissant 40 p. 100 de résidu inutilisé dans les selles, tandis que la viande de bœuf en laisse seulement 2,5. On conçoit donc l'importance qu'il y a à tenir compte du coefficient en question.

D'après Rübner 5,5 p. 100 des matières organiques d'une alimentation mixte moyenne sont excrétées par les selles. Gauthier[1], à qui nous devons le renseignenent, considère le chiffre comme trop fort; d'après lui, il ne doit pas sensiblement dépasser 4,5 à 5 p. 100 pour une bonne alimentation et une digestion normale. En effet les régimes complets *lait*, *viande*, *pain*, *beurre*; ou *viande*, *pain*, *riz*, *fromage*, *beurre*, *bière*; ou *viande*, *pommes de terre*, *gruau*, *pois*, *beurre*, *fromage*, qui répondent à peu près aux régimes habituels de l'ouvrier, donnent une utilisation totale variant de 95 p. 100 à 87 p. 100.

1. A. Gautier, *loc. cit.*, p. 40 et suiv.

Nous empruntons à Gautier le tableau suivant qui représente, en ce qui concerne les albuminoïdes, le coefficient d'utilisation des aliments les plus courants.

Nature des aliments.	Poids pour 100 de substance protéïque utilisée.	Résidu.
—	—	—
Viande de bœuf	97,5	2.5
Viande de poisson	97.3	2.7
Lait (caséine)	91,7	8.3
Pain blanc (gluten)	78,9	21,1
Pain avec son (gluten)	58,7	42.3
Lentilles (légumine)	60.0	40.0
Pois (légumine)	72,2	27.8
Haricots (légumine)	69.8	30.2
Riz (gluten)	75.0	25.0
Pommes de terre (légumine)	78.0	22.0
Chou (légumine)	81,5	18.5

Ce n'est pas tout. On ne doit pas oublier que les albuminoïdes ne sont pas absorbés en nature ou du moins sans modifications chimiques préalables. Ils subissent d'abord un travail de dissociation et sont réduits en albumines plus élémentaires. Puis a lieu un second travail, de reconstruction celui-là, qui, modifiant à nouveau ces albumines, les identifie à celles dont se compose notre organisme. Cette double série d'opérations se fait d'autant plus aisément que l'élément albuminoïde se rapproche davantage des substances quaternaires constitutives de nos tissus. Il ne paraît pas douteux qu'elle est plus facile et plus complète avec l'albu-

mine de la viande qu'avec celle des légumes. Aussi la constitution chimique des divers aliments ne nous donne-t-elle pas la mesure exacte de leur valeur nutritive.

Il était indispensable de rappeler ces notions afin de prémunir contre l'erreur qui consisterait à admettre qu'il suffit de connaître le poids et la nature des substances introduites dans le tube digestif, pour en inférer la quantité précise de celles absorbées et qui serviront soit à la reconstitution de nos tissus, soit à la production des calories nécessaires. Ces renseignements ne nous donneront que des indications approximatives.

Ils trouveront leur utile complément dans les résultats de la pesée des malades. Il est utile, en effet, de peser ces derniers de temps en temps et à intervalles fixes, sinon très rapprochés : on s'assure ainsi s'ils engraissent, restent stationnaires ou maigrissent, notions qu'il est très utile d'avoir dans le traitement des neurasthéniques.

Il ne faut pas perdre de vue toutefois que l'engraissement ne peut être tenu pour un criterium suffisant d'une bonne nutrition du système nerveux. Avec une proportion prédominante dans l'alimentation de graisse et d'hydro-carbone, on augmente de poids; il n'est pas démontré qu'on accroisse ainsi l'énergie nerveuse. Aussi doit-on

tenir pour défectueux les régimes systématiques, en honneur dans certains établissements étrangers, et qui visent surtout à engraisser les malades.

L'analyse des urines, pratiquée de loin en loin, fournit aussi sur la nutrition des indications dont il est bon de tenir compte. A la vérité ces analyses ne nous renseignent que sur les sels et les albuminoïdes absorbés, les graisses et les hydro-carbones donnant naissance à des produits d'oxydation qui s'éliminent non par le rein mais par le poumon. On a émis des doutes sur la signification des chiffres absolus exprimant la proportion dans l'urine des sels, et des divers produits de transformation des albuminoïdes (urée, acide urique, etc.). On a dit que ce qu'il importait de connaître c'était moins la quantité éliminée du phosphore, du soufre, ou de l'azote que la forme sous laquelle l'élimination a lieu, et on a proposé de substituer au dosage simple de ces diverses substances la méthode dite des coefficients. C'est ainsi par exemple qu'au lieu de doser en bloc simplement l'azote total de l'urine, on dose d'une part cet azote total et d'autre part l'azote de l'urée. Le rapport entre les deux chiffres $\frac{\text{Azote de l'urée}}{\text{Azote total}} = \frac{\text{AzM}}{\text{AzT}}$, qui à l'état normal serait de 0,85 en moyenne et qui représente ce qu'on appelle le *coefficient azoturique*, exprimerait, par ses

variations, des modifications de la nutrition dont les chiffres isolément envisagés ne donneraient aucune notion précise. Il s'en faut qu'on soit suffisamment édifié sur la valeur de ce coefficient et de quelques autres qui ont été proposés. Au point de vue auquel nous nous plaçons ici, ils n'ont que peu d'intérêt. D'après les recherches de Marcel et Henri Labbé [1], les relations qualitatives et quantitatives qui existent entre la composition du régime et celle des urines permettent d'affirmer que, pour la plus grande part tout au moins, les matériaux des urines ne proviennent point de la désassimilation des tissus, mais de la combustion des aliments introduits dans l'organisme. D'après ces auteurs l'excrétion urinaire est avant tout la traduction du mode d'alimentation.

En conséquence on voit que les chiffres absolus fournis par les analyses d'urine sont susceptibles de nous renseigner, mieux qu'on ne le pensait dans ces derniers temps, sur le mode d'alimentation de nos malades et sur la suffisance ou l'insuffisance de cette alimentation, au moins en ce qui concerne les sels et les aliments quaternaires. Il faut se rappeler toutefois que l'élimination des divers résidus comburés de l'alimentation ne se

1. *Presse médicale*, 13 juillet, 3 décembre 1904, 11 février 1905.

faisant pas pour tous avec une égale rapidité, il est bon de ne pas se contenter d'une seule analyse d'urine, mais d'en faire pratiquer soit une quotidienne pendant trois jours, soit au moins deux séparées l'une de l'autre par un jour d'intervalle. On verra si les chiffres indiqués par ces analyses se rapprochent ou s'éloignent pour chaque substance, de ceux qui expriment la moyenne des vingt-quatre heures chez un homme normal, de régime alimentaire moyen, chiffres qui sont indiqués en général sur les feuilles d'analyse.

En combinant les renseignements fournis par la pesée des aliments solides et la mensuration des liquides avec ceux donnés par la pesée des malades et par l'analyse des urines, on arrivera à se rendre compte de la suffisance ou de l'insuffisance du régime alimentaire, du moins dans la mesure où, dans l'état d'ignorance où nous sommes des conditions de la nutrition du système nerveux, il nous est permis de considérer comme régime suffisant pour un neurasthénique celui qui suffit d'habitude aux besoins généraux de l'organisme.

L'insuffisance de certains régimes recommandés aux malades ou spontanément suivis par eux apparaît dès qu'on la soumet aux criteria signalés plus haut.

Voyons, par exemple, à ce point de vue, ce qu'on doit penser du régime lacté exclusif.

Un *litre de lait* de vache cru renferme environ :

Eau	861,3
Caséine et albumine	49,0
Graisse (beurre)	40,0
Sucre de lait	55,0
Sels	4,0

Ce qui donne en substances alimentaires, pour 3 litres, dose quotidienne moyenne,

Albumine	$49 \times 3 = 147$
Graisse	$40 \times 3 = 120$
Hydro-carbones	$55 \times 3 = 165$

Si l'on compare ces chiffres à ceux de la ration normale moyenne d'entretien que nous avons donnés précédemment, on voit que 3 litres de lait contiennent :

Plus d'albumine qu'il n'en faut...	147	au lieu de	110
Plus de graisse — ..	120	—	69
Moins d'hydro-carbone — ..	165	—	422

Le régime lacté constitue donc un régime défectueux par insuffisance d'hydro-carbones et surabondance de graisse. On peut à la vérité remédier en partie à ces défectuosités en écrémant le lait et en y ajoutant une certaine quantité de sucre ou de lactóse.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'au point de

vue de la production des calories la graisse en excès peut se substituer, si elle est suffisamment digérée par l'estomac, aux hydro-carbones insuffisants. En admettant qu'il en soit ainsi. 3 litres de lait donneraient les calories suivantes :

Albumine	147 × 4,1 =	602 calories.
Graisse	120 × 9,3 =	1 116 —
Hydro-carbone	165 × 4.3 =	709 —
Total		2 428 calories.

Ce qui serait suffisant pour un malade au repos, même en tenant compte de la déperdition produite par les déchets intestinaux. Mais l'isodynamie des trois ordres d'aliments est à certains égards théorique, et un régime, pour être bon, doit, s'il est prolongé, respecter les proportions relatives des trois catégories d'aliments que comporte un régime normal d'entretien. Voilà pourquoi, à titre de régime durable, le régime lacté serait défectueux chez le neurasthénique au repos; à plus forte raison le serait-il chez le neurasthénique occupé, chez qui la ration devrait être accrue. Alors il y aurait surabondance d'albuminoïdes comme de graisse.

Comme autre exemple de régime insuffisant et défectueux nous allons prendre l'un de ceux qui sont assez couramment en usage chez les individus appartenant à la classe aisée.

Il se composera par exemple (Régime B) :

	Albuminoïdes.	Graisse.	Hydrocarbone.
	Gr.	Gr.	Gr.
1er déjeuner : 250 gr. de lait représentant	12	10	14
Grand déjeuner : 2 œufs	13	14	
— 100 gr. de viande.	19	5	
— 100 gr. de pois	20	1	61
— 30 gr. de fromage.	8	10	
Dîner : équivalent ; ce qui donnera.	60	30	61
Ajoutons 300 gr. de pain	20	4	164
Nous aurons ainsi	152	70	300

Ce qui constitue un régime trop riche en albuminoïdes et insuffisant en hydrocarbones.

La *Méthode graphique* permet de se rendre aisément compte des défectuosités d'un régime alimentaire. Elle a été imaginée par Alfred Martinet [1], qui s'en est heureusement servi pour représenter la teneur en principes nutritifs des différents aliments. Les graphiques que nous proposons d'utiliser sont une modification de ceux de Martinet.

Le graphique 1 (fig. 4) représente la ration normale de l'homme au repos : sur la verticale A est figurée la quantité des albuminoïdes absorbés en vingt-quatre heures, sur l'horizontale à gauche (G) est indiqué le chiffre des graisses, et à droite (H) celui des hydrocarbones.

1. A. Martinet. *Les aliments usuels*, Paris, Masson, 1906.

Le graphique 2 (fig. 5), correspond au régime de travail.

Sur le graphique 3 (fig. 6), nous avons super-

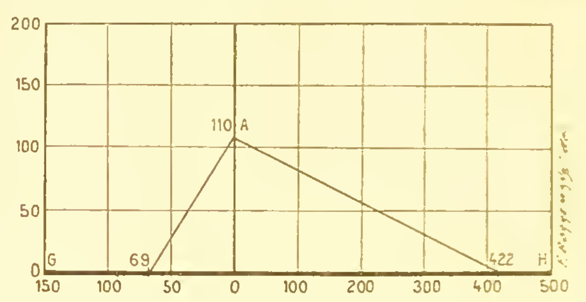


Fig. 4. — Graphique du régime normal au repos.

posé au régime normal de l'homme au repos, ou se livrant à un travail très modéré, celui, repré-

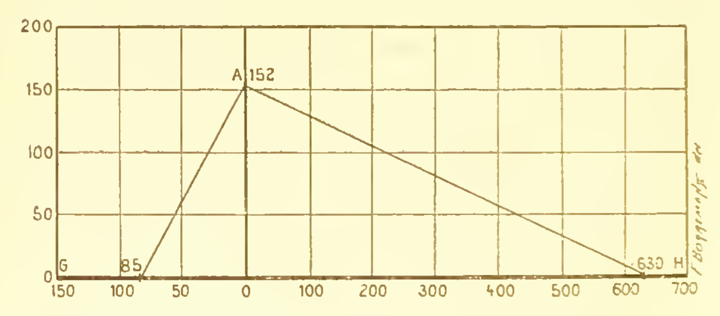


Fig. 5. — Graphique du régime au cours d'un travail pénible.

senté par un pointillé, d'un homme absorbant quotidiennement trois litres de lait, on y apprécie d'emblée le surcroît des albuminoïdes et des graisses et l'insuffisance des hydrocarbones.

Le graphique 4 (fig. 7) représente le régime B

que nous avons indiqué plus haut, toujours superposé à un régime normal.

Nous pensons que cette méthode de représenta-

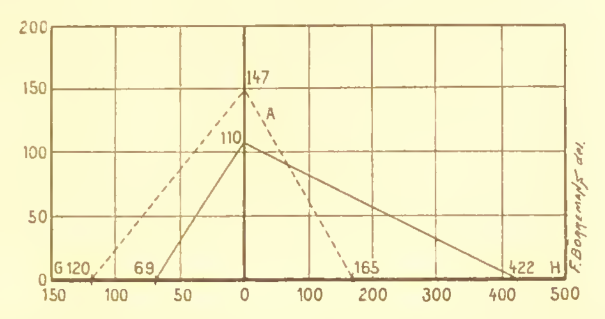


Fig. 6. — Graphiques comparatifs d'un régime normal de repos (lignes pleines) et du régime lacté à 3 litres de lait par jour (pointillé). Dans le régime lacté, surcroît d'albuminoïdes, surcroît de graisse, déficit en hydrocarbone.

tion, qui parle à l'œil, est susceptible de rendre des

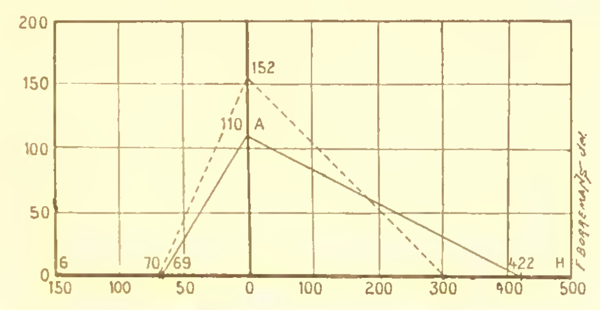


Fig. 7. — Graphiques comparatifs d'un régime normal de repos et du régime B, ci dessus (p. 255).

services. Il sera toujours facile de construire le graphique du régime d'un neurasthénique grâce aux pesées que nous avons recommandé de faire de temps en temps; et, en rapprochant ce gra-

phique de celui du régime normal moyen, on verra si le régime en question est satisfaisant ou défectueux.

b. *Des sels de l'alimentation.* — Chaque jour nous éliminons par les urines, les sueurs ou les fèces, 26 grammes en moyenne de matière minérale, composée pour une moitié environ de chlorure de sodium, et pour le reste surtout de phosphate et de sulfate de potasse et, en moindre proportion, de phosphate et de sulfate de soude, de chaux et de magnésie. A ces sels il faut ajouter quelques milligrammes de fer et de silice, et des centièmes ou des millièmes de milligrammes d'arsenic, de cuivre de manganèse, d'iode, de brome, de bore. Ces derniers éléments sont éliminés grâce surtout à la desquamation épithéliale ou par la chute des poils et des cheveux. (A. Gautier.)

Ces éléments minéraux, qui font partie intégrante de nos organes et de nos plasmas, doivent figurer dans l'alimentation ; s'ils en sont exclus les animaux s'étiolent et finissent par mourir, comme l'ont établi les expériences déjà anciennes de Chossat et de Boussingault et celles, plus récentes, de Forster et de Kemmerich.

Ils sont d'ailleurs très inégalement répartis dans les divers tissus. Le tissu nerveux, qui est celui qui nous préoccupe surtout, renferme, d'après

Gautier, pour mille parties fraiches, les matières minérales suivantes :

Chlore	0,4
Acide phosphorique	0,85 à 1,4
Acide sulfurique	0,14
Potasse	0,71 à 2,12
Soude	0,75 à 1,3
Chaux	0,03
Magnésie	0,065 à 0,75
Peroxyde de fer	0,04 à 0,12
Anhydride carbonique	0,21 à 0,33

Mais ce qu'il importe de connaître c'est moins la teneur des divers tissus en substances minérales que les doses de ces substances quotidiennement éliminées, car ce sont elles qui nous indiquent les apports correspondants que nous devons trouver dans l'alimentation de chaque jour.

Or, en vingt-quatre heures, l'organisme normal élimine :

Potasse	3 gr. 22	Peroxyde de fer	0 gr. 04
Soude	7 — 70	Acide phosphorique	3 — 9
Chaux	1 — 47	Acide sulfurique	2 — 03
Magnésie	0 — 56	Chlore	8 — 50

Il n'est pas possible de préciser même approximativement ce qui provient, dans ces déchets, de la désassimilation du tissu nerveux. Mais les divers régimes auxquels peuvent être soumis les neurasthéniques (régime lacté, lacto-végétarien, carné) renferment, en tenant compte du chlorure

de sodium que nous y ajoutons, suffisamment de principes minéraux pour qu'on n'ait pas à se préoccuper du dosage de ces principes.

Toutefois la richesse en phosphore du tissu nerveux, qui n'en renferme pas moins de 12 grammes dans son ensemble, les pertes exagérées en acide phosphorique ou en phosphates que quelques auteurs ont constatées, soit sous l'influence du travail cérébral intensif (Byasson, A. Gautier), soit dans les états nerveux (Mairet, A. Robin), ont porté à se préoccuper, dans l'alimentation des neurasthéniques, des apports phosphorés et à introduire dans le traitement des états d'asthénie nerveuse, l'usage des phosphates de diverses sortes.

Les substances phosphorées sont fournies à notre économie soit par les aliments animaux, soit par les aliments végétaux, soit en nature et sous forme médicamenteuse.

Parmi les aliments d'origine animale, le lait en renferme une notable proportion (50 centigrammes d'acide phosphorique par litre) ; les œufs en contiennent sous forme de lécithines (13 centigrammes d'acide phosphorique par œuf). Les combinaisons phosphorées des œufs et du lait sont certainement très assimilables.

Quant au régime carné, riche en azote, il est, au contraire, comme l'a fait remarquer Joulie, insuffi-

sant en acide phosphorique. Il en est autrement du régime végétarien, moins riche en azote mais plus riche en acide phosphorique. Aussi est-ce à ce dernier que nous devons principalement demander le phosphore dont nous avons besoin tant à l'état normal, qu'à l'état pathologique. Les céréales constituent à cet égard une réserve précieuse de produits phosphorés; on peut les employer sous forme de pain, de farine, de bouillies, ou de décoctions. (Springer.)

Des expériences déjà anciennes ont montré que si l'on administre des phosphates minéraux en nature à une vache laitière, la richesse en phosphates de son lait n'est pas modifiée; pour qu'elle le soit il faut mélanger ces sels au sol, de sorte que l'animal les absorbe par l'intermédiaire des graminées de la prairie. Comme l'a dit Boussingault, « les phosphates, pour être assimilés par l'organisme, doivent être élaborés dans un creuset particulier qui est le végétal[1] ». Ces faits portent à douter de l'efficacité des préparations phosphatées d'origine minérale dont on a, dans ces dernières années, multiplié les formules pharmaceutiques. C'est pour remédier à leur insuffisance qu'on a cherché à isoler des céréales un acide phosphorique

[1] Voir A. Martinet, *loc. cit.*, p. 20.

organique [phytine] (Gilbert et Posternak) qu'on a pensé jouir des propriétés des phosphates naturels des végétaux.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces divers produits pharmaceutiques sur lesquels la clinique ne nous a encore rien montré de décisif, c'est aux aliments (céréales, légumineuses) qu'il est préférable, quand on le peut, de demander les principes phosphorés nécessaires au système nerveux des neurasthéniques.

Il y a quelques années, Joulie a préconisé dans l'asthénie nerveuse l'usage de l'acide phosphorique en nature. Partant de cette idée que les urines sont d'ordinaire hypo-acides chez le neurasthénique, il en avait inféré qu'il y a lieu, chez ces malades, de suppléer à l'insuffisance de l'acidité organique par l'administration d'une médication acide; et c'est en tant qu'agent susceptible d'augmenter l'acidité des humeurs, plutôt qu'en tant que composé phosphoré que l'acide phosphorique lui a paru le médicament de choix dans la neurasthénie.

Joulie dose l'acidité urinaire par un procédé à lui, pratiqué dans la plupart des laboratoires de chimie, et, suivant le degré plus ou moins marqué de l'hypo-acidité, il prescrit le médicament à doses plus ou moins élevées.

On peut l'administrer sous les formes suivantes :

1. Phosphate de soude cristallisé.............. 125 gr.
Acide phosphorique officinal................ 69 —
Eau, q. s. pour un litre.
1 à 3 cuillerées à café à chaque repas (2 fois par jour).

2. Acide phosphorique officinal........ 43 cent. cubes.
Teinture de zestes de citron......... 20 —
Sirop de sucre, q. s. pour un litre.
1 à 3 cuillerées à soupe par jour.

La médication acide n'a pas donné, entre les mains des médecins, les heureux résultats annoncés par Joulie, et si quelques-uns (Cautru, Martinet) ont eu à s'en louer, d'autres l'ont trouvée inefficace.

Nous pensons qu'elle doit être réservée pour certains cas particuliers dont, à la vérité, il nous a semblé difficile de déterminer la nature autrement que par tâtonnements ; car le criterium proposé par Joulie et emprunté à l'analyse des urines et au degré de leur acidité nous a paru insuffisant.

c. On a pensé pouvoir utiliser avec avantage chez les neurasthéniques certains aliments comme le café, le thé, la kola, même l'alcool, qu'on a considérés comme des aliments énergétiques (Gautier). Ce sont des stimulants dont l'usage habituel et en quantité amène, à la suite de la stimulation, de la dépression (Féré). On ne doit les permettre qu'accidentellement et à petites doses.

II

Le régime alimentaire commandé par les troubles gastriques.

Chez certains neurasthéniques les fonctions digestives s'accomplissent avec une parfaite régularité. Ils ont bon appétit, leur digestion stomacale s'effectue sans encombre; leur état général reste satisfaisant; ils conservent leur embonpoint, et lorsqu'on les interroge sur l'existence des troubles dyspeptiques qu'on est en droit de leur supposer, ils répondent nettement qu'ils ne souffrent pas de l'estomac et qu'ils digèrent sans difficulté. Ces malades sont assurément peu communs, mais ils existent incontestablement. En pareil cas, le mieux est de laisser le sujet suivre le régime alimentaire auquel il est accoutumé, après s'être assuré toutefois que les sensations de fatigue, de prostration habituelles aux neurasthéniques ne l'ont pas amené à élever outre mesure sa ration de boissons fermentées (vins, bières, etc.) ou à user immodérément des liqueurs alcooliques et d'excitants tels que le thé, le café. Cette réserve faite, nous croyons qu'il n'y a nul avantage à vouloir, dans le but de prévenir l'apparition éventuelle des symptômes dyspeptiques, réglementer préventivement l'ali-

mentation de ces malades. En agissant ainsi, on courrait le risque d'attirer trop vivement l'attention du neurasthénique sur ses fonctions digestives et de lui fournir gratuitement le prétexte d'une préoccupation hypocondriaque nouvelle. D'ailleurs les malades de cette catégorie se trouvent en général fort mal d'un changement de régime, quelque parfait, quelque rationnel qu'il soit, du moins théoriquement. Chez ceux-là on s'inspirera simplement des notions que nous avons développées au paragraphe précédent.

Il n'en est pas de même des sujets, et ils sont nombreux, qui présentent les troubles propres à la *forme légère de l'atonie gastro-intestinale*. Il s'agit des malades qui, après chaque repas, éprouvent tout le cortège de malaises qui caractérise la dyspepsie nervo-motrice : la pesanteur à l'épigastre, le ballonnement, les bouffées de chaleur au visage, la lourdeur de tête, la somnolence, etc. Ces symptômes persistent tant que dure le travail de la digestion et se dissipent au moment où il prend fin. On a affaire, dans l'espèce, à la simple atonie gastrique ; la dilatation permanente de l'estomac fait défaut, il n'y a pas non plus de stase gastrique : les aliments sont chassés de la cavité stomacale dans le délai normal. Enfin l'analyse chimique du suc gastrique montre que la sécrétion

n'a pas subi de modification qualitative importante : on constate seulement dans quelques cas un léger degré d'hypochlorhydrie, et c'est tout.

Quelles sont les prescriptions à formuler en pareil cas concernant l'alimentation du malade?

Certains auteurs estiment qu'il n'y a pas lieu d'imposer un régime spécial à ces neurasthéniques, et que le traitement général dirigé contre la neurasthénie suffit pour amener la cessation des troubles dyspeptiques. Cela est vrai quelquefois. Il y a effectivement des formes légères d'épuisement nerveux qui s'amendent rapidement sous l'influence d'un traitement précoce et bien conduit dont le repos et l'hydrothérapie ont fait tous les frais. On voit alors le syndrome dyspeptique disparaître avec tous les autres troubles fonctionnels, et l'on est en droit d'affirmer, l'épreuve étant faite, qu'un traitement local n'était pas nécessaire pour obtenir la guérison du trouble des fonctions digestives. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : il s'en faut de beaucoup. Souvent l'état neurasthénique persiste en dépit du traitement général prescrit : les troubles dyspeptiques, légers au début, s'accentuent de plus en plus et le neurasthénique finit par passer du premier degré à la *forme sévère de l'atonie gastro-intestinale* : la dilatation stomacale, les phénomènes de stase gastrique apparaissent

et la nutrition du sujet s'en trouve quelquefois sérieusement compromise. Il peut arriver encore que le malade, tout en continuant à ne présenter que la forme légère de la dyspepsie atonique, excédé à la longue par la persistance des malaises qui l'accablent à chaque digestion, restreigne systématiquement la quantité des aliments qu'il ingère. Il en est même qui viennent à supprimer le repas, à le remplacer par une prise de potage ou de lait, tant ils redoutent le retour de la crise dyspeptique. On comprend qu'en pareil cas le malade, insuffisamment alimenté, ne tarde pas à s'anémier, à maigrir, à perdre de plus en plus ses forces.

Il y a encore des neurasthéniques que la ténacité de leurs troubles dyspeptiques impressionne d'une manière fâcheuse. Ils s'imaginent qu'ils sont atteints d'une grave lésion de l'estomac, de cancer par exemple ; sans cesse préoccupés de leur état gastrique, ils s'attristent, se découragent et leur neurasthénie s'aggrave d'autant.

Ainsi donc la dyspepsie nervo-motrice, même à son plus faible degré, n'est pas un symptôme négligeable et banal parmi tant d'autres manifestations de l'asthénie nerveuse, puisqu'elle peut être l'amorce d'un trouble gastrique plus grave, et qu'elle peut porter une atteinte sérieuse à la

nutrition générale du patient, soit en l'amenant à restreindre son alimentation au-dessous du taux normal, soit en le jetant dans un état de dépression morale profonde. Il faut donc, tout en traitant l'asthénie générale du sujet, s'efforcer d'atténuer les troubles digestifs qui relèvent de l'atonie gastro-intestinale. On y parviendra non en prescrivant, comme on le fait trop souvent, des poudres et des vins eupeptiques, mais en imposant une diététique alimentaire appropriée à l'état.

L'alimentation des neurasthéniques dont il s'agit ici doit être réglée en vue de prévenir le développement des troubles digestifs et d'assurer au malade des matériaux de réparation suffisants pour aider à la restauration de la force nerveuse. La ration alimentaire doit être maintenue au taux normal, et même un peu au-dessus. Or nous savons que beaucoup de neurasthéniques, avec un estomac encore très capable de digérer (nous ne parlons pas de ceux qui tombent dans l'anémie absolue et auxquels le traitement systématique de Weir-Mitchell doit être appliqué), s'habituent à manger peu. Il y a lieu de les interroger avec soin sur ce point et de connaître d'une manière précise si la quantité d'aliments qu'ils ingèrent chaque jour est suffisante ou non. Dans ce dernier cas il convient d'augmenter, non pas brusquement, mais

lentement et progressivement, la dose quotidienne des aliments absorbés. Il faut conseiller trois repas, dont le principal sera celui de midi. Le premier déjeuner doit être assez substantiel; il est généralement trop frugal; beaucoup de neurasthéniques se contentent de prendre une tasse de lait, de thé ou de café, quelquefois sans pain. Ce repas par trop sommaire suffit cependant à les remonter un peu, à dissiper, mais pour bien peu de temps, les sensations de fatigue ou d'accablement qu'ils éprouvent dès le réveil. Mais vers dix ou onze heures, la lassitude, la prostration des forces reparaissent et durent jusqu'au second déjeuner. Le premier repas du matin se composera de préférence de lait pur (un quart de litre) ou additionné, suivant le goût du malade, de thé, de café ou de cacao, d'un œuf frais et très peu cuit, d'un peu de pain grillé légèrement enduit de beurre très frais. Après ce léger repas, les malades attendent généralement sans trop de malaise le repas de midi.

Le régime doit être *mixte*; seul il réalise les conditions d'une bonne nutrition; les régimes partiels, exclusifs, sont tous nuisibles; ils ne sont applicables que dans un petit nombre de cas très spéciaux que nous indiquerons ultérieurement. La règle générale est de conseiller aux neurasthéniques atteints de dyspepsie atonique simple des aliments de digestion

facile et qui contiennent sous un moindre volume la plus grande quantité de matières nutritives. Les troubles qui accompagnent la digestion seront ainsi notablement atténués et le danger de la stagnation trop prolongée des débris alimentaires dans la cavité gastrique, ainsi que des fermentations qui peuvent en être la conséquence, se trouvera écarté. Les aliments recommandés aux neurasthéniques doivent être assez nombreux pour que ceux-ci puissent varier fréquemment le menu de leurs repas et éviter le dégoût que provoquent les régimes exclusifs : ce sont les viandes de bœuf et de mouton débarrassées de la graisse et des parties fibreuses, les volailles, les poissons maigres très cuits, les œufs peu cuits. Le lait, en quantité modérée, doit être réservé pour le déjeuner du matin.

Les légumes à gousse, tels que les haricots verts, les petits pois ou bien encore les épinards, les asperges, tous ces légumes verts qui sont pauvres en cellulose et en fibres végétales doivent être prescrits. Leur valeur nutritive est de beaucoup supérieure à celle des autres légumes ; ils contiennent en effet 22 à 24 p. 100 de substances albuminoïdes et leur teneur en matériaux hydrocarbonés est assez élevée. Le seul inconvénient qu'ils présentent, c'est la forte proportion d'eau dont ils sont chargés. Aussi est-il indispensable de les bien cuire, puis

de les déshydrater le plus possible par le chauffage avant de les servir. Pour la même raison les *conserves* de légumes sont quelquefois mieux tolérées que les légumes frais et doivent leur être préférées. On interdira les légumes crus, salades, concombres, radis, les champignons. Parmi les féculents, le riz, le sagou, la purée de pommes de terre préparée au lait, la purée de lentilles sont bien supportés.

L'usage du pain sera modéré et ce pain sera cuit et rassis.

Seuls les fruits à amandes doivent être proscrits; les autres peuvent être permis, à la condition qu'ils soient très mûrs. Il est préférable cependant de donner les pommes et les poires cuites et réduites en marmelades.

Les condiments les plus usuels, le sel, le poivre et la moutarde, pris à doses modérées, seront permis parce qu'ils excitent légèrement le goût des malades, dont l'appétit laisse le plus souvent à désirer.

Aux repas on devra boire modérément, soit de la bière légère, soit du vin blanc ou rouge largement étendu d'eau. Parmi les eaux minérales, on évitera celles qui sont riches en bicarbonate de soude et on ne fera usage, à défaut d'eau pure commune, que d'eaux indifférentes ou faiblement minéralisées. Sans restreindre à l'excès la quantité

des boissons, il importe que les neurasthéniques n'ingèrent pas dans le cours de leurs repas de trop grandes quantités de liquides, qui, en délayant le suc gastrique, rendraient la digestion stomacale plus difficile et plus lente. Pour éviter les méfaits dus à l'ingestion de trop fortes doses de liquides, il convient de recommander aux malades qui éprouvent le besoin, à la fin du repas, de boire abondamment, l'usage des fruits pulpeux; les lavements peuvent encore être prescrits dans le même but. Le régime des boissons doit être aussi très surveillé, parce que beaucoup de malades, afin de remonter leur énergie toujours défaillante, s'habituent petit à petit à absorber soit au repas, soit dans les intervalles, des boissons alcooliques diverses et finissent ainsi par s'intoxiquer. Ce même besoin instinctif de stimuler le système nerveux pousse fréquemment les neurasthéniques à user et même à abuser d'excitants divers, tels que le thé, le café, les liqueurs, le tabac. Nous croyons que ces divers stimulants ne doivent pas, à moins de contre-indications particulières, être radicalement proscrits. Le thé et surtout le café doivent être déconseillés après le repas du soir.

Mais il n'y a pas d'inconvénients à en permettre l'usage modéré après le repas de midi. Il n'est pas bon de priver les malades de tout ce qui peut leur

être agréable. Par contre, si le patient accuse des symptômes d'excitation cérébrale ou cardiaque, s'il souffre d'insomnies ou de palpitations, l'usage du thé, du café, du tabac devra lui être formellement interdit.

Telle doit être la diététique des neurasthéniques atteints d'atonie gastro-intestinale au premier degré. Il s'agit, on le voit, d'un régime mixte qui se rapproche étroitement du régime normal, puisque les aliments azotés, albuminoïdes et hydrocarbonés y figurent tour à tour et s'y associent dans la proportion voulue. Sa seule caractéristique, c'est le choix, dans chacune des trois catégories d'aliments, des substances dont la digestion est particulièrement facile. Il assure la nutrition générale des malades en même temps que le fonctionnement régulier du tube digestif, il doit être préféré sans conteste à tous les régimes systématiques ou exclusifs qui ont la prétention de restaurer les forces en relevant plus particulièrement la nutrition du tissu nerveux. C'est ainsi que les auteurs américains, et notamment Beard et Weir-Mitchell recommandent beaucoup aux neurasthéniques l'usage des *graisses*, du beurre, de la crème, de l'huile de foie de morue, etc. La graisse est certainement un aliment nécessaire à la nutrition ; mais il n'est nullement démontré qu'une consom-

mation abondante de cette substance exerce une action spécialement favorable sur la nutrition des centres nerveux. De plus les substances grasses ingérées en quantité notable provoquent rapidement la satiété et elles sont souvent mal tolérées par les malades.

Le régime *carné* exclusif est assez souvent prescrit aux neurasthéniques anémiés. Dans le but de les réconforter au plus vite on les gave de viandes rôties ou grillées. Cette pratique est détestable. l'expérience clinique et l'expérimentation physiologique ont prouvé qu'un pareil régime est incapable d'assurer la nutrition générale de l'organisme. qu'il encombre les humeurs de substances extractives plus ou moins toxiques, et il va sans dire. en ce qui concerne les neurasthéniques souffrant d'atonie gastrique, qu'il n'est rien moins qu'apte à faciliter le travail de la digestion stomacale, alors même que la sécrétion du suc gastrique n'est pas profondément altérée.

La *diète lactée* exclusive, si fréquemment conseillée dans le traitement des affections gastriques, ne convient pas aux neurasthéniques affectés d'atonie gastro-intestinale. De grandes quantités de lait ingérées par les malades soumis à ce régime sont souvent mal digérées et ne font que favoriser la dilatation de l'estomac.

Nous devons maintenant envisager les cas dans lesquels l'épuisement nerveux s'accompagne et se complique de cet état dyspeptique que Bouveret a décrit sous le nom de *forme grave* de l'atonie gastro-intestinale.

Les malades qui appartiennent à cette catégorie sont généralement amaigris; ils s'alimentent très insuffisamment; les troubles dyspeptiques sont chez eux très intenses; la sécrétion gastrique est le plus souvent notablement altérée et l'examen chimique du suc gastrique révèle soit l'hypochlorhydrie, c'est là le cas le plus fréquent, soit, mais beaucoup plus rarement, l'hyperchlorhydrie; quelques-uns enfin sont atteints de dilatation permanente. Si le traitement général dirigé contre l'asthénie nerveuse suffit parfois à améliorer ou même à guérir la forme légère de l'atonie gastro-intestinale, il n'en est plus de même quand il s'agit de la forme grave. Un régime sévère et un traitement local sont alors nécessaires pour obtenir l'atténuation du trouble des fonctions digestives.

La première condition à remplir c'est de régler l'alimentation au point de vue de la quantité des ingesta, des heures des repas et du choix des aliments.

En ce qui concerne le nombre des repas, nous pensons avec Bouchard, avec Hayem et Bouveret

que trois repas par jour sont suffisants. Quelques médecins, dans le but d'atténuer le travail de la digestion et partant les troubles dyspeptiques qu'elle détermine, conseillent de multiplier les prises d'aliments en diminuant la quantité. Cette pratique doit être écartée, parce qu'il est nécessaire de dispenser à un estomac dont les sécrétions sont ralenties et dont la motricité est affaiblie, des temps de repos assez prolongés pour qu'il puisse, la digestion et l'évacuation du chyme étant parachevées, se rétracter et recevoir utilement de nouveaux aliments. Si les ingestions alimentaires même plus copieuses se succèdent à de trop courts intervalles, on conçoit que l'activité de l'estomac malade, sans cesse sollicité, ne tardera pas à s'épuiser et que la dilatation permanente, puis la stase gastrique et la fermentation des débris non évacués pourront être réalisées ou aggravées par un tel régime.

Les indications qui ont été formulées par Bouchard touchant la distribution des heures des repas, à propos du traitement de la dilatation de l'estomac, sont parfaitement applicables à la forme sévère de l'atonie gastro-intestinale des neurasthéniques. Le repas du matin doit avoir lieu vers sept ou huit heures; celui de midi sera le plus important, et celui du soir, fixé à sept heures,

devra être moins copieux que celui de midi. Il est nécessaire que ce long intervalle de six ou sept heures qui sépare les deux derniers repas soit régulièrement respecté; car dans les cas anciens ou graves, c'est à peine si au bout de ce laps de temps la digestion gastrique est accomplie. Le patient devra donc s'abstenir d'aliments et autant que possible de boissons durant les intervalles. Après le déjeuner de midi il y a généralement avantage à ce que le malade marche un peu, se livre à une petite promenade à pas lents. De même, il ne se couchera que trois heures environ après le repas du soir. Le repos absolu et le sommeil semblent en effet ralentir le travail de la digestion, au moins chez la plupart des sujets.

Il faut recommander aux malades de consacrer aux repas un temps suffisant, afin que la mastication et l'insalivation des aliments soient complètes; ceux qui se trouvent affligés d'une denture défectueuse devront recourir à l'usage des dents artificielles ou bien avoir soin de faire hacher tous leurs aliments solides. Il faut aussi se préoccuper de l'hygiène de la bouche : tous les dyspeptiques doivent se brosser les dents et se rincer la bouche avec une solution légèrement antiseptique avant et après chaque repas.

Choix des aliments. — Un régime mixte et varié est toujours préférable aux régimes exclusifs. Les malades étant pour la plupart hypo- ou anachlorhydriques, ainsi qu'en témoigne l'exploration méthodique du chimisme stomacal, il faudra, comme dans la forme bénigne de l'atonie gastro-intestinale, mais plus rigoureusement encore, leur imposer l'usage des aliments de digestion facile et peu susceptibles de subir les fermentations acides. Nous avons déjà indiqué la plupart de ces aliments de choix à propos des dyspepsies atoniques légères, et il est nécessaire qu'ils figurent à l'exclusion des autres substances alimentaires dans la composition des menus proposés aux neurasthéniques dont il s'agit ici. Il faut notamment écarter de ce régime mixte les mets de préparation compliquée et de haut goût, les crudités, certains féculents, les aliments trop gras, les fromages de conserve, en un mot toutes les substances qui fermentent aisément dans un estomac privé d'acide chlorhydrique libre. Les graisses, toutefois, ne doivent pas être complètement exclues du régime diététique des neurasthéniques, même dans la forme grave de la dyspepsie atonique. Il convient seulement de prescrire au moins momentanément un usage très modéré de ces substances en s'adressant de préférence aux graisses de viande de bœuf, de mouton,

au beurre rigoureusement frais. Les condiments usuels (sel, poivre, moutarde) seront permis, mais à doses modérées.

En ce qui concerne le régime des *boissons*, les prescriptions que nous avons formulées précédemment à propos du premier degré de la dyspepsie nervo-motrice, sont encore ici de tous points applicables. On donnera avec avantage des boissons chaudes : infusion de thé léger, de camomille, de tilleul.

C'est dans cette forme grave de la dyspepsie atonique que la restriction alimentaire dont nous avons déjà parlé est fréquemment pratiquée par les malades. Ils mangent de moins en moins lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, parce qu'ils ont remarqué qu'un repas très léger est suivi de malaises moindres, et c'est là bien souvent une des principales causes, sinon la seule cause, de leur amaigrissement et de la déperdition de leurs forces. Le médecin devra donc surveiller attentivement la ration quotidienne ingérée par le malade, l'élever peu à peu au taux normal et convaincre le patient de la nécessité où il est de s'alimenter insuffisamment, même au prix de quelques souffrances. C'est dans les cas de cet ordre, plus particulièrement graves et fréquents dans la neurasthénie féminine, que la cure de l'alimentation progressive proposée

par Weir-Mitchell peut rendre les plus grands services. Cependant nous ne pensons pas que la diététique formulée par ce médecin soit applicable indistinctement à tous les cas de neurasthénie invétérée avec atonie gastro-intestinale grave. Il faut, croyons-nous, en réserver l'emploi pour certains cas d'épuisement nerveux dont nous préciserons les caractères lorsque nous exposerons le traitement systématique de Weir-Mitchell et la thérapeutique hygiénique de la neurasthénie féminine. Le régime mixte que nous venons d'indiquer nous paraît préférable en somme aux diverses cures d'engraissement et à tous les régimes partiels ou exclusifs dans le traitement de la plupart des neurasthéniques atteints d'asthénie gastro-intestinale.

Médication. — Ces malades ont presque tous avalé, sans en tirer aucun avantage, les préparations pharmaceutiques les plus variées : vins eupeptiques, poudres absorbantes, bicarbonate de soude, etc. La plupart de ces substances médicamenteuses étant inefficaces ou nuisibles, doivent être proscrites. Les alcalins notamment sont en général contre-indiqués dans l'atonie gastro-intestinale qui s'accompagne souvent d'une diminution appréciable de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique. Cependant, pris quelque temps après le

repas (trois quarts d'heure ou une heure), sous forme de bicarbonate de soude ou d'eau de Vichy tiédie au bain-marie, ils soulagent, dans certains cas, les malades d'une façon notable. Les *pepsines* du commerce ont à peu près la valeur thérapeutique des poudres inertes.

La *pancréatine* a peut-être quelque efficacité.

Le médicament qu'il convient souvent de prescrire dans l'atonie gastro-intestinale des neurasthéniques est l'*acide chlorhydrique*. Il accroît dans une certaine mesure la puissance digestive du suc gastrique et il agit en même temps à la manière d'un antiseptique en modérant les fermentations acides secondaires. On peut l'ordonner sous la forme d'une solution aqueuse à 3 ou 4 grammes pour 1 000, à la dose d'un quart de verre ou un demi-verre à prendre une demi-heure après le repas de midi et après le repas du soir.

L'*électrisation* a été appliquée, surtout en Allemagne, au traitement de l'atonie gastrique des neurasthéniques. On a pensé naturellement que les courants électriques pourraient stimuler et la motilité et la sécrétion de l'estomac; on a dans ce but employé soit le courant continu, soit la faradisation. C'est en général dans les cas d'atonie avec dilatation que le traitement électrique a été utilisé.

Ziemssen, Erb, Leube et Bouveret en France ont ainsi obtenu quelques résultats favorables. Voici quelle est la technique suivie par Erb [1] pour l'électrisation des parois gastriques : il applique une large électrode sur les apophyses épineuses, au niveau du cardia ; l'autre électrode, plus petite, est promenée au devant de la paroi antérieure de l'estomac. Si l'électrisation est pratiquée avec le courant galvanique, le pôle positif répond à l'électrode postérieure et le pôle négatif à l'électrode labile. Si l'on se sert du courant faradique, il est nécessaire que le courant soit assez intense pour provoquer à chaque attouchement du creux épigastrique une contraction un peu énergique des muscles abdominaux. Les séances, d'une durée de huit à dix minutes, doivent être quotidiennes et avoir lieu soit avant le repas, soit après le lavage de la cavité gastrique, si le malade est soumis à ce traitement.

Ziemssen [2] recommande de se servir de très larges électrodes ayant de 20 à 25 centimètres de côté et qu'on applique l'une à la hauteur du pylore, vers le grand cul-de-sac de l'estomac, sur la paroi abdominale, l'autre en arrière, un peu à gauche

1. Erb. *Traité d'électrothérapie.*
2. Ziemssen, *Klinische Vorträge*, Leipzig, 1888, cité par Bouveret, in *Traité de la neurasthénie*, 1891.

de la colonne vertébrale et au même niveau. La grande surface de ces électrodes assure la pénétration du courant. Le pôle positif étant placé en arrière et le négatif en avant, on détermine avec le courant continu, en actionnant le commutateur, de fortes contractions des muscles de la paroi et du dos. La durée des séances est de dix à quinze minutes.

On a aussi proposé de faire pénétrer une des électrodes dans la cavité même de l'estomac après y avoir introduit une certaine quantité d'eau légèrement salée. Mais cette technique a l'inconvénient d'être difficilement supportée par le malade et doit être rejetée.

Le *lavage de l'estomac* ne doit pas être érigé en méthode de traitement de l'atonie gastrique, comme semblent croire quelques médecins. Il faut y avoir recours seulement dans les cas d'atonie avec fermentations acides. Le lavage de la cavité gastrique est assurément un bon moyen thérapeutique, mais dont l'emploi doit être en quelque sorte épisodique, parce qu'il ne s'adresse qu'à une complication intercurrente de l'atonie des parois stomacales, la stase et les fermentations secondaires des débris alimentaires.

Neurasthénie et hyperchlorhydrie. — En énumérant les divers états dyspeptiques qui peuvent

exister chez les sujets atteints d'épuisement nerveux, nous avons vu que l'hyperchlorhydrie, soit permanente, soit intermittente, s'observait quelquefois associée au syndrome de l'asthénie nerveuse. Les faits de cet ordre sont à la vérité fort rares, et l'on peut dire que dans le groupe de dyspeptiques neurasthéniques ou non, l'ana- ou l'hypochlorhydrie est la règle et l'hyperchlorhydrie l'exception. Il n'en est pas moins vrai que tout neurasthénique chez lequel l'analyse méthodique du suc gastrique révèle l'existence de l'hyperchlorhydrie, doit être soumis à un régime alimentaire et à une diététique sensiblement différents de ceux qui conviennent aux neurasthéniques affectés d'atonie gastro-intestinale avec une réaction normale ou hypochlorhydrie.

Dans les cas d'*hyperchlorhydrie simple*, il faut naturellement proscrire de l'alimentation tous les ingesta liquides ou solides de nature à stimuler la muqueuse gastrique. Il y a lieu d'interdire le thé, le café, les liqueurs, les sauces et toutes les préparations culinaires fortement épicées, les condiments, etc. Les aliments doivent être salés très modérément. En raison des qualités chimiques de la sécrétion gastrique, les aliments azotés sont les mieux digérés; ce sont eux qui fixent la plus

grande quantité d'acide chlorhydrique libre. La plupart des viandes doivent donc entrer dans le régime alimentaire; mais elles devront être préparées simplement, bouillies, rôties ou braisées. Il faut encore recommander aux hyperchlorhydriques les œufs. La plupart des graisses et des amylacés sont en général bien digérés par ces malades, et leur régime, malgré la facilité avec laquelle ils digèrent les viandes, ne doit pas être exclusivement azoté. Il doit se rapprocher le plus possible du régime mixte.

L'estomac des neurasthéniques hyperchlorhydriques n'est généralement ni frappé d'atonie ni dilaté. On n'a guère à craindre chez eux la stase et les fermentations acides secondaires; il n'est donc pas nécessaire de restreindre la quantité des boissons. L'eau pure, le lait largement étendu d'eau, devront être préférés aux boissons alcooliques qui excitent trop vivement l'hypersécrétion de la muqueuse et peuvent, même à très faibles doses, provoquer les douleurs gastriques. Le képhyr et le cidre sont mieux tolérés.

L'action des *alcalins* est ici éminemment favorable. On doit prescrire de 3 à 6 grammes de bicarbonate de soude après le repas de midi et après le repas du soir. Cette dose peut être administrée en deux prises égales séparées par un intervalle d'une

heure; la première sera donnée deux heures environ après le repas, c'est-à-dire au moment où les douleurs gastriques vont apparaître.

Toutefois l'usage de ce médicament qui calme momentanément peut ensuite exagérer ses sécrétions acides gastriques. Aussi vaut-il mieux en général leur substituer la magnésie, la craie préparée ou l'y associer.

Le lavage de l'estomac ne doit pas être employé dans le traitement de l'hyperchlorhydrie simple sans hypersécrétion, parce que les phénomènes de rétention et d'ectasie gastrique font défaut dans cet état dyspeptique.

Quant à l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente ou intermittente, elle ne saurait nous occuper ici. La maladie de Reichmann est en effet une complication trop exceptionnelle des états neurasthéniques pour que nous puissions, sans dépasser outre mesure les limites de notre sujet, en exposer le traitement et la diététique.

Nous avons jusqu'ici envisagé l'hygiène de l'alimentation et les régimes divers qu'il convient d'imposer aux neurasthéniques dans le but d'atténuer ou de guérir les troubles dyspeptiques habituellement associés à l'épuisement nerveux. Or, la diététique peut être appelée à intervenir, dans

le traitement de certains états neurasthéniques, non plus comme un moyen hygiénique destiné seulement à pallier les troubles des fonctions digestives et à assurer l'alimentation du malade en dépit même de ces troubles, mais encore comme agent régulateur ou réformateur de la nutrition générale. Dans le chapitre de ce livre qui a trait à l'étiologie de l'épuisement nerveux, nous avons insisté sur l'étroite parenté du nervosisme et de l'arthritisme. Nous avons vu que la diathèse acide ou urique notamment constituait un terrain particulièrement favorable au développement de la neurasthénie et qu'en outre il y avait des cas dans lesquels le syndrome neurasthénique semblait être apparu sous la seule influence de cette diathèse arthritique. C'est ainsi que la goutte se complique parfois d'asthénie nerveuse, non par l'effet d'une pure coïncidence, mais parce que l'état neurasthénique a été engendré et entretenu par la maladie goutteuse elle-même. Il est clair que les faits de cet ordre exigent une thérapeutique hygiénique particulière et que la diététique qu'il convient d'instituer doit être surtout dirigée contre la diathèse urique. De même lorsque la neurasthénie s'associe à l'obésité, il peut y avoir avantage à modifier avant tout la nutrition générale du patient, à le débarrasser de sa surcharge adipeuse. Quels

sont donc les régimes alimentaires qu'il faut prescrire en pareil cas?

Goutte et neurasthénie. — C'est seulement lorsque le goutteux neurasthénique ne présente pas de troubles dyspeptiques graves, lorsqu'il est atteint d'atonie gastro-intestinale légère ou d'hyperchlorhydrie simple qu'on est autorisé à lui imposer un régime alimentaire assez sévère pour modifier sa nutrition générale déviée. Dans le cas contraire, il faut de toute nécessité s'efforcer tout d'abord d'améliorer l'état de ses fonctions digestives. Aussi la diététique que nous allons exposer ici est-elle plus particulièrement applicable aux goutteux pléthoriques, vigoureux et ayant encore un bon estomac. Il faut se garder en effet de prescrire même aux goutteux jeunes et robustes une sobriété excessive, un régime d'inanition trop rigoureux et il est prudent de ne pas réformer leur alimentation d'une manière trop brusque. En procédant ainsi on courrait le risque de déprimer leurs forces, d'aggraver leur asthénie nerveuse et de transformer en goutte atonique leur goutte demeurée jusqu'alors floride. C'est pourquoi les régimes exclusifs et les cures d'inanition doivent être écartés.

Le régime de Cantani, entre autres, qui n'est qu'une cure d'inanition, doit être rejeté. Cantani

permet seulement du bouillon, de la viande, des œufs et du poisson, mais en petite quantité. Il interdit complètement les graisses et les hydrates de carbone et en revanche ordonne les légumes verts en grande abondance. Il recommande enfin aux goutteux de ne jamais manger jusqu'à satiété. Une pareille diététique ne saurait évidemment être suivie longtemps sans affaiblir le malade outre mesure.

Le régime végétarien absolu doit être déconseillé pour les raisons que nous avons déjà indiquées.

Le régime lacté exclusif est un régime d'inanition relative. Il peut rendre de réels services, mais il ne saurait être longtemps prolongé. Il doit être prescrit seulement par petites périodes de cinq à six jours. Sous cette forme il constituera une cure utile parce qu'il augmente la sécrétion urinaire et produit un véritable lavage de l'organisme.

Le régime des neurasthéniques goutteux comme celui des neurasthéniques non uricémiques doit être mixte. Les aliments azotés, les graisses et les hydrocarbones doivent entrer dans sa composition ; mais il faut réglementer la quantité et la qualité de ces substances alimentaires.

Le goutteux sera très réservé dans la consomma-

tion des viandes. Il fera usage des viandes blanches de préférence, qui sont moins excitantes et moins riches en substances albuminoïdes que les viandes rouges. Munk et Uffelmann ont montré que l'albumine d'origine animale ne doit pas dépasser les trois quarts de la quantité d'albumine comprise dans la ration alimentaire. Cette proportion peut être abaissée aux deux tiers et même à la moitié dans le régime des goutteux, mais il sera bon, surtout au début, de prescrire l'ingestion quotidienne d'un litre de lait qui compensera à peu près la perte de substance albuminoïde résultant de la restriction de la viande.

En ce qui concerne les graisses et les hydrates de carbone, la restriction s'impose également (Bouchard); mais l'opportunisme est ici de rigueur. Le rationnement de ces substances doit être proportionné à l'activité déployée, à la dépense de forces réalisée journellement par le malade : celui-ci en tout cas doit conserver un certain embonpoint et son poids doit rester en rapport avec sa stature.

D'une manière générale les goutteux doivent user largement des légumes verts, des carottes, des navets, des choux-fleurs, n'user que très modérément de pommes de terre et s'abstenir le plus possible de graines farineuses (lentilles, haricots,

pois), de pâtes alimentaires, qui sont beaucoup plus riches en hydrates de carbone.

On doit encore exclure du régime des goutteux l'oseille, les épinards, les asperges, la rhubarbe, trop riches en acide oxalique, les cornichons et les divers condiments qui ont macéré dans le vinaigre. Lecorché interdit aussi l'usage des groseilles, des fraises, des framboises, des pommes et des poires, qui sont trop acidules. Il permet les pêches, les prunes et le raisin en petite quantité. Les fruits sucrés et le sucre en général ne seront permis qu'à petites doses.

Y a-t-il avantage à ce que le goutteux neurasthénique absorbe une grande quantité d'eau? L'ingestion de ce liquide favorise-t-elle l'élimination de l'acide urique ou est-elle sans influence sur cette élimination? Les recherches expérimentales entreprises à ce sujet ont conduit leurs auteurs (Genth et Heuitz, Schœndorff, etc.) à des résultats contradictoires. Quoi qu'il en soit, l'expérience clinique a montré que l'augmentation de la diurèse facilite toujours la dépuration urinaire, et on sait que les cures d'eau à peu près indifférentes au point de vue de leur minéralisation exercent chez les goutteux une action très favorable. Il faut donc permettre à ces sujets une large ration d'eau pure ou légèrement additionnée de vin de Bordeaux.

Il est nécessaire d'interdire l'usage des vins généreux, des vins de liqueur, des liqueurs, des bières, du cidre. Le thé et le café seront permis, mais une fois par jour et à dose restreinte.

En ce qui concerne le régime alimentaire des neurasthéniques obèses, on trouvera dans le volume de cette collection consacré à l'obésité les indications que nous ne saurions donner ici sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Carte de régime pour un neurasthénique affecté d'atonie gastrique de moyenne intensité.

Trois repas : 8 heures (Petit déjeuner) : Midi (grand déjeuner) ; 7 heures (dîner) ; goûter facultatif à 4 heures.

1er DÉJEUNER (8 HEURES).

a. 250 gr. de lait additionné d'un peu de café, de thé ou de cacao.

Pain grillé avec un peu de beurre frais.

b. Deux œufs à la coque peu cuits, une tasse de thé, et pain grillé.

c. Potage à la farine d'avoine ou de riz, soit en bouillie à l'eau ou au lait, soit sous forme de crème d'avoine ou de riz additionnée de deux jaunes d'œufs délayés.

d. Képhir nº 2 (n'en pas prolonger l'usage plus de 15 jours consécutifs, après ce délai revenir temporairement à l'un des aliments précédents).

GRAND DÉJEUNER (MIDI).

Ce repas sera composé au choix du malade soit : 1° d'un plat de viande; d'un légume, plat d'œufs ou pâtes; d'un ou deux desserts; soit : 2° d'un plat d'œuf ou poisson; d'un plat de viande; d'un légume, ou plat de pâtes; d'un ou deux desserts.

On choisira parmi les aliments suivants :

Œufs à la coque peu cuits, ou brouillés, ou omelette baveuse, cuite sans beurre dans une poêle badigeonnée avec un jaune d'œuf, et additionnée d'un peu de beurre frais au moment de servir.

Poissons (sole, merlan, raie, brochet, perche, truite de rivière) très frais. Cuits au court-bouillon à l'eau, ou grillés, ou frits. Ne pas manger la peau. Accompagner le poisson si l'on veut d'une sauce où ne devront entrer que des œufs, du lait, de la crème, de la farine, du beurre non cuisiné; assaisonner de sel ou de citron.

Huitres modérément grasses (Ostende, Arcachon, Cancales, petites Marennes).

Viande de bœuf ou de mouton, maigre, bien émondée, grillée ou rôtie (sans le jus) ; viandes braisées froides non entrelardées ; cervelle et ris de veau cuits au court-bouillon à l'eau et additionnés de beurre frais au moment de servir ou aromatisés de jus de citron; langue de veau; jambon maigre (d'York ou de Westphalie).

Volaille : Poulet bouilli, au gros sel, ou rôti (sans la peau, ni le jus), ou cuit dans un court-bouillon à l'eau avec carotte, oignon et bouquet, poulet froid à la gelée (sans la gelée).

Gibier : Faisan et perdreau frais, bouillis ou rôtis (sans la peau, ni le jus).

Légumes : Pommes de terre cuites sous la cendre, à l'eau ou au four (sans la pelure) ; purées *bien passées* de pomme de terre, de pois, de lentilles, de haricots, pré-

parées avec du bouillon, du lait additionné ou non d'un jaune d'œuf; chicorée, laitue, épinards cuits au lait ou au jus; choux-fleurs en purées bien passées; asperges avec sauce à la crème ou aux œufs; artichauts à la sauce blanche sans beurre cuisiné; céleris au jus; haricots verts fins, petits pois cuits à l'étuvée et additionnés de beurre frais.

Entremets à la semoule, au riz, aux farines avec lait. œufs, peu sucrés.

Dessert : Fromages doux (fromage blanc, de Brie frais. demi-sel); gâteaux secs; fruits cuits, en compotes ou marmelades peu sucrées; prunes bien mûres. pêches, raisin, oranges, en petite quantité.

Pain : En petite quantité, de préférence croûte de pain grillée, ou breakfasts. Éviter la mie, surtout fraîche.

Boisson : Deux verres au maximum; moins de préférence.

Eau d'Alet ou d'Évian pure ou additionnée d'un quart de vin blanc de Bordeaux; ou bière légère. ou bière de malt étendue de 2/3 d'eau; ou de préférence infusions très chaudes (thé léger, camomille, tilleul. feuilles d'oranger).

Café : Si on en a l'habitude, une petite tasse de café (après le repas de midi seulement).

GOUTER (4 HEURES).

Gâteaux secs et une tasse de thé chaud; ou une tasse de lait avec cacao ou phosphatine.

DINER (7 HEURES).

Ce repas sera composé d'un potage, d'un plat de viande. d'un plat de légumes ou de pâtes, d'un ou deux desserts. On pourra remplacer la viande par un poisson. ou par des œufs.

Le potage sera maigre, aux farines de céréales (froment, avoine) ou de légumes (pois, haricots lentilles), au riz, à la semoule, aux pâtes, préparé à l'eau, aux œufs ou au lait.

On choisira les autres aliments parmi ceux indiqués pour le repas de midi.

Aliments particulièrement interdits.

Hors-d'œuvre.

Epices (moutarde, poivre, cornichons).

Homards, crevettes, écrevisses, coquillages.

Viandes faisandées. Gibier noir. Conserves alimentaires.

Viandes grasses. Foie gras. Poissons gras (anguille, saumon, hareng, maquereau).

Charcuterie, sauf le jambon maigre.

Sauces en général, particulièrement sauces épicées ou grasses.

Choux; choux-fleurs, sauf en purée; oseille; tomates; oignons; navets.

Crudités (melon, salade, radis, concombres).

Pommes de terre frites et fritures en général sauf le poisson, dont on enlèvera la peau.

Fromages faits (Roquefort, Camembert, Brie vieux).

Fruits crus (sauf prunes, pêches, oranges et raisins bien mûrs).

Sucreries, pâtisseries grasses, petits fours.

III

Le Régime alimentaire commandé par les troubles intestinaux. — La constipation. — Atonie et spasme. — L'entéroptose. — La colite muco-membraneuse. — Leur traitement.

Aux symptômes gastriques s'associent communément dans la neurasthénie des troubles intestinaux. La constipation y est fort commune, particulièrement chez les neurasthéniques femmes. Quelquefois légère et facile à vaincre, elle est plus souvent résistante et tenace : les malades se plaignent de ne pouvoir aller naturellement à la garde-robe et d'être dans l'obligation de recourir chaque jour à des moyens artificiels pour la provoquer. Cette constipation, simple et indolente dans quelques cas, s'accompagne parfois de flatulence et de borborygmes surtout le matin au réveil. Les neurasthéniques exceptionnellement la dédaignent ; plus communément ils s'en préoccupent et même s'en affectent plus qu'il ne convient, lui attribuant, non toujours sans raison, les bouffées à la figure, les vertiges, la gène respiratoire, le malaise abdominal dont ils souffrent. Il n'est pas rare que la constipation soit interrompue par des poussées de diarrhée de courte durée : les malades

évacuent alors des selles liquides ou molles qui n'exonèrent que très incomplètement l'intestin; celui-ci reste plus ou moins distendu par des matières durcies qui sont rendues plus tard grâce à l'intervention des laxatifs : il s'agit là plutôt d'une fausse diarrhée que d'une diarrhée vraie. Le régime alimentaire auquel le neurasthénique est soumis, n'est pas de nature à atténuer l'inconvénient : le lait, à moins qu'il ne soit mal digéré, les viandes grillées, les féculents, les pâtes laissent peu de résidus : la contraction des tuniques intestinales n'est plus sollicitée par les parties indigestes de l'alimentation; leur atonie en est accrue; le repos dans la situation étendue, surtout le repos absolu au lit quand il est prescrit, contribue aussi pour sa part à entretenir cette paresse de l'intestin.

Toutefois, contrairement à ce qu'on a cru longtemps, la constipation des neurasthéniques n'est pas toujours due à l'atonie. Dans bien des cas, au contraire, elle dépend d'un spasme intestinal : Fleiner [1], qui a appelé l'attention sur cette constipation *spasmodique*, pense qu'elle constitue la forme la plus habituelle chez les neurasthéniques, la constipation atonique étant plus particulièrement l'apanage de la vieillesse. L'examen clinique

1. Fleiner, *Berliner klinich. Wochenschrift*, 1893.

des malades légitime la manière de voir de Fleiner : il est en effet assez commun de constater chez eux par le palper que le gros intestin, réduit au volume du petit doigt, est dur et contracté, qu'il roule sous la main lorsqu'on l'explore dans la fosse iliaque, particulièrement la fosse iliaque gauche, constituant le *cordon sigmoïdal* sur lequel Glénard a appelé l'attention dans sa description de l'entéroptose. Il n'est pas démontré cependant qu'on soit en droit d'opposer, aussi nettement que l'a fait Fleiner, la constipation spasmodique à la constipation atonique : Mathieu [1], en effet, a montré que les deux formes peuvent coexister, l'intestin étant affecté de contraction dans sa partie descendante tandis qu'à son origine au cæcum il est au contraire atone et dilaté. Quoi qu'il en soit, cette notion d'un élément spasmodique qui, dans la plupart des cas paraît précéder et dominer en importance l'élément atonie, ne doit pas être perdue de vue. La thérapeutique de la constipation neurasthénique lui est en effet pour une bonne part subordonnée.

S'il est de bonne hygiène pour tout le monde d'aller régulièrement et quotidiennement à la selle, les neurasthéniques doivent plus que tous autres

1. Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.* Paris, 1900.

s'appliquer à le faire : l'insuffisance des garde-robes favorise chez eux la paresse du foie et les fermentations intestinales dont ils souffrent souvent. Celles-ci se révèlent par l'aspect et les caractères des matières fécales expulsées à de trop rares intervalles, et qui sont alors ou mal colorées (insuffisance de la bile) ou noires et fétides.

Mais ce n'est pas petite affaire que de lutter contre la constipation des neurasthéniques, si l'on en juge du moins par la liste des laxatifs, dont d'ordinaire les malades ont déjà fait usage quand ils viennent nous trouver. Ils ont en effet souvent épuisé la série des laxatifs usuels de la pharmacopée, sans parler des spécialités pharmaceutiques ou de celles qui étalent leur réclame pompeuse et leurs appellations bizarres et exotiques à la quatrième page des journaux. De tout cet arsenal ils ont en général retenu une ou deux drogues, leurs laxatifs de prédilection, qui semblent leur réussir mieux que les autres et dont ils usent avec une assiduité qu'ils estiment méritoire.

Il est rare qu'on n'ait pas, à cet égard, à modifier les habitudes qu'ils ont acquises et qui ne sont pas sans inconvénients : tel malade ne se met pas à table le soir sans absorber au préalable une ou deux pilules d'une préparation quelconque d'aloès ou de cascarine, tel autre prend régulièrement sa rhu-

barbe avant la première cuillerée de potage ou sa dose de sel de Sedlitz, ou avale le matin ses capsules d'huile de ricin, son verre d'eau de Carabana, de Montmirail ou d'Huñyadi. A ce régime la paresse de l'intestin, dont on triomphe momentanément tant bien que mal, s'accuse davantage, et finit par résister aux moyens qui en avaient d'abord raison. Puis l'estomac, qu'il y a tant de raisons de ménager chez le neurasthénique, ne supporte pas toujours sans se plaindre les laxatifs destinés à actionner l'intestin et auxquels on l'oblige de servir de voie de passage.

Le traitement de la constipation des neurasthéniques — comme celui du reste de toute constipation habituelle — doit être soumis à certaines règles. Il en est une première sur laquelle je ne saurais trop insister.

Il faut user le moins possible des moyens médicamenteux et faire appel d'abord aux procédés hygiéniques, mécaniques et physiques.

On arrive assez souvent, plus souvent qu'on ne pense, à vaincre l'atonie intestinale neurasthénique en rectifiant les habitudes défectueuses des malades. Ceux-ci attendent d'ordinaire, pour se présenter au cabinet, que le besoin s'en fasse sentir; et comme le besoin est rare et peu impé-

rieux, et que la possibilité d'en retarder la satisfaction est accueillie complaisamment, car elle diffère une petite obligation qui trouble un peu les occupations d'une journée affairée, beaucoup de neurasthéniques s'en fient simplement à leur rhubarbe du matin ou à leur cascarine du soir et attendent patiemment l'exigence de l'intestin. Cette façon de faire est déplorable et propre à entretenir la constipation : c'est à une pratique tout opposée qu'il faut astreindre les malades. On exigera d'eux qu'ils se présentent au cabinet à heure fixe, très fixe, au même moment de leur toilette, dès qu'ils auront, par exemple, passé leur pantalon ou leur jupon. Le procédé n'est pas nouveau : Trousseau, et il n'était vraisemblablement pas le premier, en avait fait ressortir l'efficacité : « La volonté, dit-il, et une volonté patiente et régulièrement appliquée, triomphe le plus souvent de cette infirmité (la constipation). Il faut que chaque jour, exactement à la même heure, on se présente à la garde-robe. Il faut, pendant un temps assez long, faire des efforts puissants, et si ces efforts ont été infructueux, il faut attendre le lendemain, il faut attendre quand bien même le besoin se serait fait sentir auparavant. Si, le deuxième jour, après de nouvelles tentatives il n'y a pas d'évacuation, on prendra immédiatement un lavement, non pas avec de l'eau

tiède, mais avec de l'eau d'abord dégourdie, et plus tard avec de l'eau froide. Le jour qui suivra, les mêmes tentatives seront renouvelées et remises au lendemain si elles ont été infructueuses, et cette seconde fois encore, un lavement frais sera pris si l'on n'a pas obtenu d'évacuation. La répétition de l'acte, invariablement à la même heure, finit par ramener le sentiment du besoin au moment où l'on veut aller à la selle et il est rare qu'après huit ou dix jours de ces patientes et méthodiques manœuvres, on n'obtienne pas une exonération quotidienne[1]. »

J'ai cité ce passage car on ne saurait mieux décrire la *technique* de cette rééducation de l'intestin qu'on doit avant tout viser chez les constipés d'habitude : retenons bien la garde-robe à heure fixée et *rien qu'à l'heure fixée*, à moins, est-il nécessaire de le dire, d'un besoin trop impérieux dans l'intervalle, qui est, à ce degré, exceptionnel dans l'atonie intestinale. Je fais une réserve au sujet de l'*effort puissant* dont parle Trousseau ; utile les premiers jours de la tentative pour *appeler l'attention* de l'intestin, il constitue les jours suivants plutôt un élément d'inhibition ; un moment vient où l'intestin ayant pris le pli, la défécation se fait plus aisément

1. Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5e édit., t. III, p. 195.

d'une façon automatique et réflexe, que d'une façon intentionnelle et voulue.

On peut d'ailleurs aider l'effet du procédé en faisant absorber au réveil soit une grappe de raisin, soit une orange, soit un simple verre d'eau, si l'estomac les accepte volontiers.

Insistons sur ce moyen d'abord et avant tout, insistons-y en communiquant au malade la conviction qu'il doit réussir. Ne le présentons pas comme un procédé d'essai qui suppose, en cas d'échec, le recours à d'autres moyens plus efficaces. On diminuerait de la sorte ses chances de réussite. Si on sait prendre assez d'autorité pour obtenir que la tentative soit faite avec foi et suivant la règle indiquée, on en obtiendra souvent, très souvent, ce qu'on en attend.

On pourra, d'ailleurs, en favoriser l'effet en conseillant quelques exercices de gymnastique, particulièrement des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du corps que les malades exécuteront pendant quatre ou cinq minutes chaque matin au lever et qu'ils répéteront le soir en se couchant. On fera appliquer le matin au lever, sur le creux épigastrique, comme le conseillait Trousseau, une compresse pliée en plusieurs doubles et imbibée d'eau froide, qu'une feuille de caoutchouc ou de gutta-percha séparera de la chemise et qui

sera laissée en place durant trois ou quatre heures.

Si la régulation de l'heure de la garde-robe, aidée ou non des moyens que je viens indiquer, ne donne pas ce qu'on en pouvait espérer, alors, mais alors seulement, on y associera le *massage abdominal*; le meilleur et le seul à conseiller vraiment est celui qui est pratiqué par un masseur expert. Encore faut-il que celui-ci subordonne sa façon de faire à la nature du trouble intestinal : un massage vigoureux qui peut convenir dans les cas où l'atonie domine, serait nuisible si l'on a affaire à la constipation spasmodique. Il faut donc dans ces cas non point stimuler l'intestin comme dans le premier, mais au contraire déterminer ce qu'on eût appelé naguère une action contro-stimulante : ce sont les frictions légères et superficielles de l'abdomen, c'est l'effleurage qui réussissent alors[1]. Ils demandent pour être bien exécutés de l'expérience et même un peu d'art. Aussi doit-on éviter, en général, de céder aux sollicitations de certaines malades qui proposent de se faire masser par leur femme de chambre : les pressions plus ou moins maladroites et d'ordinaire un peu bru-

1. Mazeran, *Presse médicale*, 1901. — Froussard. *Thèse de Paris*.

tales d'une main mal experte peuvent à la rigueur atténuer l'atonie ; elles sont au contraire nuisibles quand il y a spasme de l'intestin, et je viens de dire que c'est la règle. Pour les mêmes raisons on déconseillera d'ordinaire l'usage des procédés qui permettent aux malades de se masser eux-mêmes : on trouve en effet dans le commerce des sphères et des cylindres en bois ou en métal qui sont destinés à être promenés sur le trajet de l'intestin et qui, tant bien que mal, remplissent l'office de la main du masseur. On n'en obtient le plus souvent que des effets médiocres; quelques malades, malgré cela, deviennent les esclaves de l'instrument et se persuadent qu'il leur serait impossible d'arriver à un résultat s'ils ne s'étaient, au préalable, longuement malaxé l'abdomen. Le neurasthénique, songeons-y, contracte facilement des habitudes dont il a peine à se défaire : tâchons de ne lui en inculquer que de simples et de vraiment utiles.

L'*électrisation* réussit souvent là où n'ont suffi ni la régulation des heures de garde-robes, ni le massage. Les échecs tiennent habituellement sans doute à ce qu'on ne s'attache pas suffisamment à distinguer les cas avec atonie de ceux avec spasme. Les procédés qui conviennent aux uns ne sont pas ceux qu'on doit appliquer dans les autres.

Mais, ni le massage, ni l'électricité ne sont toujours applicables. Ils ne sont pas à la portée des malades qui n'habitent pas les grandes villes, ou dont les ressources sont limitées. Il faudra donc, si les autres moyens que j'ai indiqués se sont montrés insuffisants, faire appel à ceux dont il me reste à parler.

Avant de recourir aux laxatifs administrés par la bouche et qui mettent plus ou moins l'estomac à l'épreuve, recommandons les *lavements*. Mais ne le faisons pas sans discernement : si le lavement n'est pas prescrit opportunément et sous la bonne forme, il peut être non seulement inefficace mais nuisible.

On peut conseiller le lavement (500 gr.), ou le demi-lavement (250 gr.) simple, c'est-à-dire avec de l'eau froide, ou dégourdie, ou chaude, pris le matin quelques instants avant l'heure de la garde-robe ; le lavement glycériné composé d'un verre d'eau environ, additionné de 20 ou 30 grammes de glycérine neutre, et administré au même moment : le lavement huileux de 400 à 500 grammes d'huile d'amandes douces ou d'huile d'olive pris de même le matin ; ou encore, comme le conseille Mathieu, le lavement huileux de 100 grammes, qu'on administre le soir au coucher, qu'on garde la nuit, et auquel on associe le matin un lavement d'eau

tiède destiné à provoquer l'évacuation; enfin, on pourra ordonner les grands lavages d'intestin. Voici comment ils se pratiquent : on prépare dans un bock à injection 1 litre 1/2 à 2 litres d'eau préalablement bouillie et refroidie à 35° ou 40°; le bock est muni d'un tube en caoutchouc terminé par un robinet. La malade est couchée sur le côté droit, le membre inférieur droit étendu, la jambe gauche fléchie sur la cuisse. On introduit doucement, à 10 ou 15 centimètres dans le rectum, une sonde demi-molle en caoutchouc rouge, puis on y ajuste le robinet du tube et on fait pénétrer le liquide dans l'intestin en maintenant le réservoir à une hauteur qui ne doit pas excéder 0 m. 50. Au lieu du bock, il est souvent plus commode de se servir d'un litre de verre muni d'un vide-bouteille.

Entre ces procédés divers, il faut savoir choisir : les malades les emploient souvent spontanément, d'une façon plus ou moins empirique et maladroite, et sont surpris de n'en pas tirer tout le profit qu'ils en attendaient; c'est à nous de les éclairer et de les guider.

Et d'abord défendons l'usage habituel des lavements irritants : j'entends de ceux qui renferment, mélangés à l'eau, du sel, du miel, de la glycérine, et dont les malades font souvent abus. Quelle que soit la forme de la constipation, atonique ou spas-

modique, ils ont des inconvénients quand ils sont trop répétés ; dans le dernier cas, ils exagèrent le spasme, par suite la constipation ; dans le premier, ils provoquent vite l'irritation de la muqueuse, et préparent le développement de la colite membraneuse. Il ne faut en user qu'à titre exceptionnel, de loin en loin, pour mettre l'intestin en train, et encore pas dans le cas où le spasme intestinal est manifeste.

Quand on aura à choisir entre les formes de lavement que j'ai énumérées plus haut, il faudra, au préalable, rechercher et déterminer dans la mesure où ce sera possible, si la constipation est d'origine atonique ou spasmodique. Cette dernière est, chez les neurasthéniques, plus commune que l'atonique. On la reconnaît aux signes suivants : d'abord, comme je vous l'ai indiqué déjà, à la sensation que donne au palper le còlon, qui est diminué de volume, dur et contracté (corde colique), et roule sous la main ; ensuite à l'aspect des matières fécales : celles-ci sont comme passées à la filière, du volume d'un crayon, ou rubanées et aplaties, sèches d'ordinaire, et souvent sectionnées en billes entourées de mucus ou de glaires.

Dans ces cas, tout ce qui irrite l'intestin accroît le spasme, et par suite la constipation. Aussi faut-il éviter les lavements qui sont de nature à déter-

miner pareil résultat, comme les lavements glycérinés, les lavements froids ou les grands lavages administrés avec forte pression ou en trop grande abondance[1]. Seuls peuvent être utiles les petits lavements huileux ou les lavages avec 1 litre ou 1 litre 1/2 au plus, d'eau à 35° ou 40°, très lentement administrés et avec faible pression (25 à 30 centim. au plus).

Les suppositoires qu'on confectionne, tantôt avec du savon de Marseille taillé en cône, tantôt avec du beurre de cacao (3 à 4 gr.), auquel on incorpore de la glycérine (1 ou 2 gr.), ou de l'huile de ricin, les ovules de glycérine ou de miel solidifiés, peuvent être utiles surtout dans la forme atonique. Ils provoquent les contractions intestinales non seulement à l'extrémité du rectum, mais dans toute l'étendue du côlon. Dans la forme spasmodique, au contraire, ils sont sans effets d'ordinaire, ou exagèrent le trouble au lieu de l'atténuer : on doit donc en éviter l'emploi.

Si les derniers procédés que nous venons de passer en revue ne suffisent pas, employés avec méthode et les derniers avec discernement, à provoquer des selles régulières, il faudra bien, quoique

1. Mathieu et J.-Ch. Roux, *Les abus du lavage de l'intestin. Maladies de l'appareil digestif*. O. Doin, Paris, 1904.

avec regret, recourir aux laxatifs. Chez les constipés qui ont une bonne digestion stomacale, on peut, avant d'user des médicaments proprement dits, faire appel au régime : le pain complet qui renferme une partie du son, ou même le pain de son qui contient le son tout entier, les légumes verts, les fruits crus ou cuits, le miel, le café au lait, facilitent les garde-robes. Il en est de même des aliments gras sous forme de lard ou de beurre (Von Noorden). Mais, chez les neurasthéniques, dont le fonctionnement gastrique est si souvent défectueux, on ne peut toujours user de ces moyens. Le képhir qui, au contraire, est d'habitude un bon aliment chez les individus affectés d'atonie, jouit aussi, quand il est modérément fermenté, de propriétés laxatives.

Quant aux médicaments, il faudra d'abord faire un choix parmi ceux qu'on pourrait prescrire, puis recommander que l'usage en soit soumis à certaines conditions que je vais préciser.

Parmi les laxatifs il en est qu'il faut éliminer : ce sont les laxatifs salins (sulfate de soude ou de magnésie, citrate de magnésie, limonades purgatives, eaux purgatives naturelles). Ils ont en effet l'inconvénient d'entretenir la tendance à la constipation, leur effet immédiat étant suivi d'un effet inverse. Tout au plus pourra-t-on, de loin en loin,

en autoriser l'emploi à titre de purgatif accidentel. Exception doit être faite cependant pour la magnésie calcinée qui, à la dose d'une cuillerée à café rase avant l'un des repas, ou associée à parties égales au soufre sublimé et lavé et à la poudre de sucre, mélange dont on donne également une cuillerée à café, le soir au coucher, dans un peu d'eau, constitue un laxatif souvent utile.

Celui dont on doit user d'abord est celui que Trousseau préconisait naguère après Bretonneau, la belladone. On fera des pilules renfermant 1 centigramme d'extrait et partie égale de poudre, et on donnera le matin à jeun, une, deux et même trois de ces pilules. La belladone est très utile dans la constipation spasmodique des neurasthéniques.

On peut y associer le podophyllin, si la belladone est insuffisante, et on prescrira :

Podophyllin............................	ãã 0 gr. 01
Extrait de belladone....................	

Pour une pilule.

à prendre une, deux ou même trois, soit le soir au coucher, soit le matin avant le premier déjeuner.

L'huile de ricin à la dose d'une ou deux cuillerées à café, prise en nature dans un peu de café ou de jus d'orange, ou en capsules, est aussi un bon laxatif, mais il faut compter avec l'estomac,

qui n'accepte pas toujours sans se plaindre soit les capsules gélatineuses qui enveloppent le médicament, soit l'huile elle-même.

Les poudres composées (j'énumère ici les laxatifs à peu près dans l'ordre de leurs avantages) à base de séné, de soufre, de fenouil, et notamment la *poudre de réglisse composée du codex*, dont la plupart des autres ne sont que des contrefaçons, constituent aussi d'utiles moyens. On en donne une ou deux cuillerées à café dans un peu d'eau sucrée, soit le soir au coucher, soit le matin avant le premier déjeuner.

L'évonymine, en pilules de 5 centigrammes, associée à 1 centigramme d'extrait de jusquiame, la poudre de rhubarbe, aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme, en nature ou en cachets, la cascarine, en pilules de 5 centigrammes, constituent encore de bonnes ressources.

L'aloès et la plupart des drastiques : la scammonée, le jalap, sont d'un moins bon usage. Ils sont trop irritants pour l'intestin et peuvent en exagérer le spasme. Ce n'est donc que d'une façon très intermittente et à titre exceptionnel qu'on les prescrira, sous la forme, par exemple, des pilules formulées au codex sous le nom de pilules de Bontius ou de pilules d'Anderson. On pourra user avec avantage d'un laxatif très anodin et souvent

suffisant, l'infusion d'écorce de Bourdaine (*Rhamnus frangula*). On fait une décoction de 2 à 4 grammes de cette écorce; quand elle est refroidie, on la laisse macérer 12 heures et on l'administre le soir au coucher.

Dans le traitement de la constipation des neurasthéniques, on ne doit pas perdre de vue certaines règles : 1° Celle d'abord sur laquelle j'ai déjà insisté; il ne faut recourir aux laxatifs que lorsque se seront montrés insuffisants les procédés de simple hygiène essayés avec régularité et suffisante persistance. 2° On évitera de faire de ces derniers un usage quotidien, sauf de ceux qui, comme la belladone ou l'infusion de rhamnus, sont relativement anodins, et favorisent après un emploi prolongé la régularité des selles. Ceux-là, on pourra les administrer pendant 8, 12, 15 jours de suite, quitte à s'assurer après ces délais que leur emploi est devenu inutile. Quant aux autres : podophyllin, évonymine, rhubarbe, cascarine, poudre laxative, on n'en permettra l'emploi que 2 ou 3 fois par semaine, et dans l'intervalle, si besoin est, on conseillera de recourir aux lavements sous les formes que j'ai indiquées. 3° Enfin il est bon de varier le laxatif employé, d'en avoir 2 ou 3 à son service dont on alternera l'emploi : podophyllin,

rhubarbe et poudre laxative, par exemple. De la sorte on évitera l'accoutumance, qui oblige à un emploi plus régulier et à des doses plus fortes.

Avant d'en finir avec les moyens à opposer à la constipation neurasthénique, je dois dire un mot de l'usage du tabac. La fumée, on ne l'ignore pas, jouit de propriétés laxatives. Trousseau conseillait le tabac à ses constipés, et il allait même quelquefois jusqu'à le recommander aux femmes, en dépit de nos usages français. Certes l'abus du tabac, et bien peu de fumeurs n'en abusent pas, a, chez le neurasthénique particulièrement, des inconvénients de divers ordres : il peut troubler l'appétit, exciter d'une façon dommageable la circulation, accentuer les vertiges et les torpeurs de la mémoire. L'abus, c'est-à-dire l'usage sans règle et sans mesure, doit donc être interdit ; mieux vaut pour le neurasthénique ne pas fumer que de le faire au gré de sa fantaisie. Mais l'usage modéré, consistant à fumer après les repas de midi et du soir un cigare de bonne qualité, petit, ou 2 ou 3 cigarettes, a plus d'avantages que d'inconvénients. L'habitude, restreinte dans ces limites, favorise les fonctions intestinales : elle a d'ailleurs une autre utilité : elle permet d'obtenir plus aisément du malade qu'il accepte la demi-heure de repos à demi-étendu, que nous avons vue être si

souvent nécessaire à la régulation de la digestion. Sur ce point, les hommes qui fument sont en général plus traitables que les femmes, qui ne fument point. Laissons donc, à moins de circonstance exceptionnelle, fumer nos malades, mais ne tolérons pas qu'ils le fassent à jeun, avant le repas de midi ou dans l'intervalle des repas après la première digestion. Tout au plus chez les fumeurs invétérés autoriserons-nous une cigarette après le premier déjeuner du matin, s'il nous paraît démontré « qu'elle est indispensable pour aller à la garde-robe ».

*
* *

Il n'est pas rare de rencontrer chez les neurasthéniques une complication abdominale sur la nature et la pathogénie de laquelle on ne me paraît pas près de s'entendre : je fais allusion à celle qui a été minutieusement décrite par Frantz Glénard, dans une série de travaux très remarquables, sous le nom de ptose viscérale. « C'est l'état d'abaissement des organes abdominaux, sains d'ailleurs, au-dessous de leur siège normal et dans le sens de la pesanteur [1]. » On la désigne plus habituellement sous le nom d'entéroptose, bien

1. Frantz Glénard, *Rapport sur les ptoses*, présenté à la *Société de médecine de Paris*, 14 mai 1903, Alcan.

que la ptose de l'intestin ne soit d'ordinaire qu'un de ses éléments constitutifs et que celle-ci s'associe souvent à des ptoses d'autres organes : gastroptose, néphroptose, hépatoptose et même splénoptose (ptose de la rate). C'est que, hiérarchiquement, les ptoses de l'estomac, du rein, du foie, de la rate seraient subordonnées à la ptose intestinale.

Or la ptose intestinale, d'après la manière de voir de Glénard, reconnaît deux causes : soit le traumatisme en particulier chez la femme, qui est prédisposée aux ptoses par son organisation même, par l'usage du corset, par la maternité ; soit l'atonie gastrique symptomatique de certaines affections du foie. « La symptomatologie des ptoses, dit-il, dans lesquelles rentrent les maladies du rein mobile, du foie mobile, de la rate mobile et nombre de maladies attribuées soit à l'estomac, soit à l'intestin, soit au nervosisme, est une symptomatologie essentiellement digestive. La névropathie, qui le plus souvent enveloppe ce syndrome et en obscurcit les reliefs, est à son tour, non la cause, mais la conséquence de cette affection digestive. »

Je ne saurais sur ce point contredire d'une façon absolue l'opinion de Glénard. J'admets volontiers que la dyspepsie gastrique, secondaire ou non à une affection hépatique, que l'entéroptose déterminée par des causes purement mécaniques, soient

susceptibles de déterminer secondairement des syndromes neurasthéniques. Mais je ne puis accepter que dans les cas où la clinique montre la ptose associée à la neurasthénie, celle-ci soit toujours considérée comme une conséquence de la première. Je partage entièrement à cet égard la manière de voir qu'a formulée Bouveret dans son livre, qui reste comme le traité classique de la neurasthénie[1] : « Il est certain que de vrais neurasthéniques présentent les signes de l'entéroptose. Ils sont très amaigris, et cet amaigrissement est dû à l'intensité et à la longue durée des troubles digestifs dont ils souffrent. Chez ces malades, l'entéroptose est, comme la dilatation de l'estomac, non pas la cause de la névrose, mais bien le résultat, précoce ou tardif, de l'atonie gastro-intestinale, laquelle procède elle-même de l'épuisement nerveux, au même titre que tous les autres symptômes de cet état morbide. Telle est la place qu'il convient de faire à l'entéroptose dans la pathologie de la neurasthénie. »

Je ne suis pas certain, si nous tombions d'accord, Glénard et moi, sur la question générale de doctrine, ce qui ne me paraît pas impossible, que les statistiques respectives que nous recueillerions

1. Bouveret, *La Neurasthénie*, Paris, 1891, 2e édition, J.-B. Baillière.

dans le but de déterminer la proportion relative des entéroptoses primitives et des entéroptoses secondaires, donneraient des résultats concordants. La différence des chiffres de ces statistiques, qu'il serait facile de dresser d'après une même méthode d'observation, tiendrait moins à la divergence des points de vue, facilement rectifiable, qu'aux conditions différentes dans lesquelles auraient lieu nos observations.

Quoi qu'il en soit, on observe souvent l'entéroptose chez les neurasthéniques, quelquefois chez les hommes, beaucoup plus souvent chez les femmes, que l'usage du corset et surtout les grossesses prédisposent particulièrement aux dislocations abdominales. Dans ces cas l'abdomen apparaît amaigri, la paroi en est flasque et semble trop grande pour le contenu qu'elle renferme; quand la malade est assise ou debout, la région hypogastrique est anormalement saillante; dans la situation couchée ce sont au contraire les flancs qui bombent; on a la perception très nette que la sangle abdominale ne s'applique plus sur les viscères pour les contenir. L'estomac distendu clapote au niveau de l'ombilic ou même au-dessous; l'intestin est diminué de calibre, rétracté. La palpation permet de constater dans la fosse iliaque droite le *boudin cæcal*, sur le trajet du côlon trans-

verse la *corde côlique*, dans la fosse iliaque gauche le *cordon sigmoïdal*. Ces dénominations sont de Glénard, à qui j'emprunte la description qu'il a donnée de ces états du gros intestin.

Le *boudin cæcal* est parfois visible à l'œil nu : il est déjeté en dedans du siège habituel du cæcum ; son diamètre ne dépasse pas 2 à 5 centim. ; il est perceptible sur une longueur de quatre à cinq travers de doigt ; il offre à la pression soit, le plus souvent, une résistance élastique trahissant le contenu surtout gazeux de cette cavité et alors la tumeur est sonore ; soit une consistance pâteuse ou même dure, indiquant sa réplétion par des matières solides. Il peut avoir, lorsqu'il est réduit au volume d'un doigt, la consistance d'un faisceau musculaire en relâchement. Le boudin cæcal est mobile latéralement, mais non de bas en haut.

La *corde colique* correspond au côlon transverse abaissé. Elle se voit surtout chez les sujets maigres. Le point le plus élevé où on la rencontre se trouve à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, le plus bas à cinq centimètres du pubis ; le plus souvent on ne la perçoit que sur la ligne médiane ; cependant assez fréquemment, et dans ce cas elle est toujours dans le plan du mésogastre, la corde n'est pas médiane, mais latérale, soit à droite, soit à gauche. La corde a habituellement le volume d'un

doigt; plus elle est épaisse, plus elle est abaissée; dans le premier cas sa consistance est molle, dans le second on la perçoit encombrée de scybales. La pression légère mais continue de la corde y provoque une fine crépitation gazeuse et une contraction manifestée par le durcissement et la constriction de l'intestin.

Le *cordon sigmoïdal* est couché sur la fosse iliaque gauche, dans la partie de cette fosse qui est voisine de l'arcade de Fallope, parallèlement au pli de l'aine et à deux ou trois travers de doigt de distance de ce pli; il a le volume d'une plume d'oie, on peut le percevoir sur une longueur de 8 à 10 centimètres, parfois sa dureté est comparable à celle de la plume d'oie: il peut au contraire se présenter sous l'aspect d'un cylindre plus gros et noueux, encombré de scybales. Il est indolent à la pression, mais il arrive que l'on puisse, comme pour le cæcum, provoquer par la pression des symptômes nerveux analogues à ceux que l'on imputerait à l'ovaire, si l'on n'avait le cordon sigmoïdal sous les doigts.

L'hépatoptose s'associe souvent à l'entéroptose: dans ce cas, le bord inférieur du foie est senti plus ou moins bas au-dessous des fosses côtes.

Mais la néphroptose (rein mobile) est particulièrement commune chez les entéroptosiques. Glé-

nard distingue deux variétés de rein mobile : celui de l'hypocondre et celui de flanc. On les reconnaît, suivant lui, en recourant à un procédé d'exploration dont il a bien précisé la technique. Dans un premier temps, les mains se placent *à l'affût* à la base de l'un des hypocondres, de telle sorte que si le rein est abaissé par un mouvement de profonde inspiration du malade, c'est-à-dire s'il est mobile, il soit obligé de descendre à portée des doigts; dans le deuxième temps (*capture*) les doigts s'efforcent de saisir le rein; dans le troisième temps (*échappement*) ils l'ont saisi, ils pincent brusquement son pôle inférieur pour le faire échapper avec ressaut. Le temps d'échappement fournit, par le ressaut spécial du rein au moment où son pôle inférieur échappe à la pression des doigts, le signe pathognomonique du rein mobile. Le rein mobile de l'hypochondre n'est accessible à la palpation que pendant le mouvement d'inspiration, le rein mobile du flanc est accessible même à la fin du mouvement d'expiration.

Y a-t-il dans l'ensemble complexe des troubles que présentent les neurasthéniques avec entéroptose, des symptômes fonctionnels qu'on puisse avec certitude rapporter à cette dernière? La question est moins simple à résoudre qu'il pourrait paraître. L'atonie gastrique, l'atonie ou le spasme intestinal

déterminent par eux-mêmes des troubles dyspeptiques tels qu'il est peu commode de dégager chez l'entéroptosique ceux qui relèvent de cette atonie, de ce spasme, ou de l'entéroptose elle-même. Il me semble cependant qu'il y a chez les neurasthéniques avec entéroptose certains symptômes qui n'existent pas, au moins au même degré, chez ceux dont les organes abdominaux ne sont pas abaissés : telles sont les sensations que les malades désignent sous les noms de faiblesse d'estomac, délabrement, tiraillements, fausses faims, creux, faiblesse des reins et qui figurent pour la plupart parmi les symptômes mésogastriques dans la description de Glénard. Je ne saurais dire s'il en est de même de l'insomnie avec prédominance entre deux et quatre heures du matin, de la dyspepsie avec conservation de l'appétit soulagée par un régime d'œufs à la coque et de viandes grillées, par la fréquence des repas, par les laxatifs quotidiens, par le bicarbonate de soude et le décubitus dorsal que le distingué médecin de Vichy attribue à l'entéroptose. En revanche j'admets volontiers avec lui que l'entéroptose, par suite de la gêne mécanique qu'elle apporte à la libre circulation des matières, peut-être la cause des *crises de coliques douloureuses* que les malades ressentent assez souvent soit le jour, soit la nuit.

Quand l'entéroptose vient compliquer la neurasthénie, elle comporte des indications thérapeutiques spéciales. La première est d'éviter les causes mécaniques qui sont de nature à accroître la ptose : à cet effet les malades éviteront les liens, boucles, ceintures qui sont susceptibles, en comprimant l'abdomen, de refouler en bas son contenu ; les femmes devront porter un corset spécial, comme on en fabrique aujourd'hui couramment, qui soutienne la taille sans la serrer et relève le ventre.

La seconde indication est de relever et de maintenir relevés les viscères abdominaux. Elle sera remplie au moyen de la sangle de Glénard. C'est une sangle élastique de 14 à 16 centimètres de hauteur, suffisamment ferme, plate, à bords rectilignes et parallèles, avec échancrures facultatives par ourlet du bord inférieur au niveau des trochanters ; elle est serrée en arrière par trois boucles et munie de sous-cuisses. On l'applique à la partie la plus déclive de l'abdomen et on entoure le bassin de telle sorte que le bord supérieur de la ceinture ne dépasse la crête iliaque que de un à deux travers de doigt ; il faut la serrer suffisamment et la porter constamment le jour, parfois même la nuit, conseille Glénard, quand l'insomnie résiste au traitement. On peut utilement munir la sangle, comme le propose Mathieu, d'une pelote semi-lunaire qui sert à

comprimer et à relever l'hypogastre et la fosse iliaque. On a apporté diverses modifications de détail à la ceinture de Glénard et on trouve, chez les fabricants d'appareils, des sangles plus ou moins perfectionnées.

L'entéroptose entraînant la gêne de la circulation intestinale des matières, il faut recourir à la médication laxative, qui constitue pour Glénard une des indications fondamentales du traitement. Il conseille de la remplir en donnant chaque jour un laxatif salin, soit sous la forme d'une petite dose d'eau purgative naturelle (Hunyadi-Janos, Villacabras, Rubinat), soit en donnant le matin dans un demi-verre d'eau fraîche un mélange de 4 grammes de sulfate de soude et de 3 grammes de sulfate de magnésie.

Pour ma part je n'ai pas constaté que le traitement de la constipation des neurasthéniques avec entéroptose diffère sensiblement de celui de la constipation des neurasthéniques sans dislocation abdominale, tel que je l'ai exposé. Il exige seulement un recours plus rigoureux, plus méthodique et plus suivi aux procédés dont j'ai parlé. Je ne partage pas l'engouement de Glénard pour les laxatifs salins chez les neurasthénisques entéroptosiques et je persiste à considérer leur usage régulier, que je vous ai recommandé d'éviter dans la constipa-

tion neurasthénique simple, comme également défectueux chez les neurasthéniques affectés d'entéroptose. Je leur reproche d'entretenir la tendance à la constipation et de se rendre indispensables; je ne saurais en conseiller l'emploi qu'à titre intermittent ou dans les cas où la constipation se montre rebelle aux autres moyens sur lesquels j'ai insisté.

*
* *

La constipation si commune, comme nous l'avons vu, dans la neurasthénie et si tenace souvent, engendre quelquefois une complication fâcheuse qui devient une source nouvelle d'ennuis pour le malade et de déboires pour le médecin : je fais allusion à l'*entérite* ou mieux à la *colite muco-membraneuse.*

Il s'en faut que cet accident soit toujours une conséquence de la neurasthénie. Chez les enfants on l'observe à la suite des colites aiguës; chez la femme les lésions des annexes de l'utérus et l'usage de corsets serrés qui occasionnent les ptoses, chez les gens de situation aisée l'abus de la viande, des mets épicés, en favorisent le développement. Le tempérament neuro-arthritique paraît y prédisposer. Mais indépendamment des cas qui reconnaissent ces diverses origines, il n'est

pas douteux que la colite muco-membraneuse soit souvent la suite plus ou moins éloignée de la constipation qui s'associe secondairement aux divers états neurasthéniques.

L'abus des lavements ou des suppositoires irritants, ou au contraire l'insuffisance des précautions que la constipation commande, en sont d'habitude la cause occasionnelle.

Le malade qui est tout d'abord un neurasthénique simplement constipé et plus ou moins soigneux de sa constipation, remarque après un certain temps que les matières fécales, fragmentées souvent en scyballes et ovillées, sont entourées de mucosités plus ou moins liquides ou adhérentes, ressemblant à du blanc d'œuf cru ou cuit. Progressivement ces mucosités deviennent plus abondantes : après des périodes de constipation complète, dont la durée varie suivant les moyens qu'on dirige contre elle, il se produit des débâcles; si l'on examine les garde-robes, on constate qu'elles sont composées tantôt de matières fécales et de mucosités, tantôt exclusivement ou presque exclusivement de mucosités. Celles-ci ont l'aspect de *masses glutineuses* semblables à de l'albumine crue, ou mieux à du frai de grenouille; il s'y mélange des parcelles de mucus solide qui ont plutôt l'apparence de graisse ou de blanc d'œuf cuit ou de lait

caillé. La quantité de ces mucosités glutineuses est très variable : les malades en rendent d'abord la valeur d'une cuillerée à café, puis d'un verre à bordeaux, puis d'un grand verre. Ce n'est que plus tard, en général, qu'on voit apparaître les *peaux et les fausses membranes*. Celles-ci ressemblent plus ou moins à des néo-membranes fibrineuses; elles ont des dimensions fort variables : tantôt elles ne dépassent pas l'étendue de 1 ou 2 centimètres carrés; tantôt elles constituent des sortes de lames membraneuses déchiquetées sur leurs bords, ayant 2 ou 3 centimètres de large sur 7, 8, 10 et plus de long : elles peuvent alors ressembler à un ruban de tablier ou à un tænia. D'autre fois elles ont la forme tubulaire et peuvent atteindre 10, 15 et même 25 centimètres de longueur. On sait, d'après les recherches déjà anciennes de Laboulbène, confirmées et complétées par celles récentes d'Edwards, de Nothnagel, de Kitagawa et Swen Akerlund, de Schmidt, de Krysinski, que ces fausses membranes sont formées de couches de mucus concrété stratifiées, sans trace de fibrine, dans les interstices desquelles on rencontre des cellules de divers ordres : cellules épithéliales de l'intestin, leucocytes, globules rouges et aussi des microbes divers en abondance.

La colite muco-membraneuse n'est pas, chez les

neurasthéniques, une complication négligeable. Elle détermine des douleurs avec crises paroxystiques qui rendent l'existence des malades particulièrement pénible. Ces crises, d'abord assez espacées, peuvent se rapprocher au point qu'il n'est pas de jour que les malades n'en éprouvent. Elles surviennent de préférence quelques heures après le repas ou vers le milieu de la nuit; elles se traduisent par une sensation de colique, de brûlure vive, de crampe, tantôt dans la région sus- ou sous-ombilicale qui correspond au côlon transverse, tantôt dans celle de l'S iliaque, plus rarement du côlon ascendant. Cette douleur est souvent assez vive pour rappeler les douleurs de l'accouchement ou celles de la colique hépatique. Elle irradie quelquefois dans le dos, les lombes, la vessie où elle détermine du ténesme et des épreintes vésicales. Elle peut s'accompagner d'un sentiment de lypothimie. La crise est en général le prélude d'une débâcle intestinale au cours de laquelle le malade rend une quantité plus ou moins considérable, mais quelquefois très considérable, de mucosités et de fausses membranes.

Dans l'intervalle des crises douloureuses, l'intestin reste souvent sensible, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, mais quelquefois aussi au niveau du cæcum. La palpation montre ce der-

nier, en général, plus ou moins distendu par des gaz, sensible à la pression, tandis que le côlon transverse et le côlon descendant, plus ou moins douloureux, sont au contraire contractés et en état de spasme et roulent sous les doigts. Quand le cæcum est douloureux, la sensation se propage quelquefois le long de la face interne de la cuisse.

Une autre conséquence de la colite membraneuse, c'est l'apparition d'accidents d'auto-intoxication sous l'influence des fermentations intestinales qu'elle favorise, ou même d'accidents infectieux par pullulation. On avait pu espérer que l'analyse des urines confirmerait les renseignements fournis par l'examen clinique. On sait que les fermentations intestinales donnent naissance à trois ordres de produits toxiques : la fermentation des hydrocarbures engendre les acides gras (butyrique, caproïque, valérianique), celle des substances azotées les ptomaïnes et les substances aromatiques (indol, scatol, phénol) qui s'unissent au passage à travers le foie avec l'acide sulfurique pour donner les acides sulfo-conjugués. L'idéal serait de pouvoir doser ces divers produits : pratiquement, ce n'est pas possible ; mais on arrive du moins à doser les acides sulfo-conjugués de l'urine et l'on peut, dans une certaine mesure, juger d'après leur quantité du degré des putréfactions intestinales. La

chose serait simple si l'on connaissait le chiffre qui représente la moyenne normale de ces acides, mais sur ce chiffre les chimistes ne sont pas d'accord ; il varie du reste tellement suivant la composition du régime qu'il faut renoncer à établir une moyenne valable. La méthode des coefficients, qui consiste à tenir compte dans l'urine non du poids absolu d'une substance, mais du poids comparatif de cette substance à une autre, dont les variations à l'état normal sont supposées parallèles à celle de la première, la méthode des coefficients, dis-je. est aussi entachée d'erreur. Celui dont on se sert le plus couramment est le coefficient de Baumann. Il exprime le rapport entre l'acide sulfurique des sulfates et celui des corps sulfo-conjugués : il est le suivant :

$$\frac{\text{Acice sulfurique des corps sulfo-conjugués}}{\text{Acide sulfurique des sulfates}} = \frac{1}{10}$$

Il serait très utile, si les changements de l'alimentation ne faisaient varier en même temps le chiffre de l'acide sulfurique des sulfates ; de telle sorte que les modifications du coefficient sont subordonnées à d'autres influences que celle des fermentations intestinales. N'attachons pas plus d'importance qu'il ne faut aux résultats des recherches chimiques tant qu'ils n'ont pas acquis

une suffisante exactitude : nous serions exposés à commettre la pire des erreurs, celle qui se dissimule sous les apparences de la précision des chiffres. Rappelons-nous toutefois le coefficient de Baumann pour en faire à l'occasion notre profit dans la mesure de confiance qu'il mérite[1].

Certaines malades sont sans cesse à demi fébricitantes. Elles se plaignent constamment du froid, particulièrement aux extrémités, froid qui alterne avec des poussées de chaleur. On est surpris de les voir, même au fort de l'été, se couvrir de fourrures. Elles ont de l'anorexie, la langue saburrale, l'haleine mauvaise; un état nauséeux fréquent. Le visage est jaunâtre, amaigri. Plus encore qu'en temps normal la neurasthénique se plaint alors de céphalée, de vertiges, d'insomnies. Les garde-robes dans ces circonstances ne renferment pas seulement des mucosités, mais mélangées à elles, des matières molles et fétides. Bref, il y a là tous les signes révélateurs d'une auto-intoxication intestinale.

Je n'ai pas à tracer ici l'histoire complète de l'entérite muco-membraneuse. Celle-ci n'est pas, en effet, tant s'en faut, une manifestation exclusive à la neurasthénie : c'est dans les traités relatifs

1. Voir à ce sujet une excellente revue de Gaston Lyon, in *Gaz. des Hôpitaux*, 14 mai 1904.

aux affections des voies digestives qu'on en trouvera l'étude détaillée qui convient[1], mais comme la neurasthénie en prépare et en favorise le développement, comme elle s'en complique souvent, je devais montrer les traits nouveaux qu'elle ajoute au tableau de cette dernière quand elle s'y associe. Il me reste à dire les indications nouvelles dont elle est l'occasion dans le traitement.

Comme l'entérite muco-membraneuse des neurasthéniques résulte de la constipation associée ou non à l'entéroptose, le moyen de la prévenir et de l'atténuer quand elle existe, est de lutter avant tout contre l'entéroptose et la constipation. Je n'ai pas à revenir sur les moyens qui sont à notre disposition dans ce but. Ce que je dois dire ici, c'est qu'on doit y recourir avec d'autant plus d'assiduité que, chez les constipés, il y a menace d'apparition de colite membraneuse; on appréciera la chose en procédant de temps en temps ou en faisant procéder à l'examen des selles. Il faudra redoubler de soins si on y constate ces mucosités glutineuses qui indiquent le commencement de l'affection.

Quand celle-ci est établie, il importe d'empêcher ou de faire disparaître les accidents d'auto-intoxi-

1. Voir notamment : A. Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*. Paris, O. Doin, 1901, et le livre recent de Combe (de Lausanne).

cation ou d'infection intestinale dont elle est si souvent l'occasion. Dans ce but, il faut, dans la mesure du possible, aseptiser l'intestin. Trois moyens d'inégale valeur seront à notre disposition : 1° les antiseptiques intestinaux et les purgatifs; 2° les lavements, antiseptiques ou non ; 3° le régime alimentaire.

Les antiseptiques intestinaux ont beaucoup perdu de leur prestige. Le naphtol, le benzo-naphtol, le salol sont, les deux premiers au moins, irritants pour l'estomac et sans action notable sur l'intestin. Le bétol, qui est un composé d'acide salicylique et de naphtol, n'a pas les mêmes inconvénients et m'a paru quelquefois vraiment utile : on le prescrira en cachets de 0,50 centigr. à 1 gr. à prendre deux fois par jour une demi-heure à une heure après chaque repas. J'en dirai autant du salacétol, que recommande Bourget (de Lausanne) ; il m'a semblé constituer un bon antiseptique, mais il a le défaut, lui aussi, d'irriter l'estomac. Aussi ne peut-on le prescrire d'une façon continue. Mais à la dose de 0,50 à 0,75 centigr. en cachet, tous les quatre à cinq jours, le soir au coucher, il rend de réels services.

Les purgatifs constituent, chez les malades atteints d'entérite membraneuse, le meilleur des antiseptiques médicamenteux. Les recherches bactériolo-

giques de Gilbert et Dominici ont démontré avec précision ce que la clinique avait déjà établi. Aussi sera-t-il bon de donner de temps en temps, une ou deux fois par semaine, une petite dose d'un purgatif salin : 20 gr. de sulfate de soude ou de magnésie, un verre d'eau de Montmirail, de Carabaña ou d'Hunyadi, un verre à Bordeaux de Rubinat. L'huile de ricin, à la dose de 25 à 30 grammes, rendra les mêmes services. Il en sera de même du calomel. On se trouvera très bien d'associer l'action de ces deux médicaments suivant le procédé indiqué naguère par Bretonneau et qui consiste à donner le soir, au coucher, 10 à 15 centigr. de calomel et, le matin, 20 à 30 gr. d'huile de ricin. Cette médication purgative pourra être renouvelée tous les dix, douze ou quinze jours, si besoin est. Il faut savoir toutefois que, chez certains malades, elle est inapplicable à cause des coliques que détermine quelquefois le calomel pris dans les conditions dont je viens de parler.

Quoi qu'il en soit de l'utilité des purgatifs dans l'entérite muco-membraneuse, n'oublions pas que ceux-ci doivent être espacés; trop rapprochés ou trop longtemps répétés ils irritent l'intestin, exagèrent les douleurs. Il faut savoir, par l'observation attentive des malades, les prescrire opportunément et en suspendre l'usage quand ils cessent d'être utiles.

Le lavage de l'intestin est aussi un bon moyen de remédier aux accidents d'infection. On le prescrira sous la même forme et avec les mêmes précautions que j'ai indiquées à propos du traitement de la constipation simple. On a proposé de mélanger au liquide du lavement des substances antiseptiques ou modificatrices diverses : leur utilité n'est pas démontrée aussi bien que leurs inconvénients. On pourra toutefois se servir avec avantage de l'ichtyol que préconisent Bourget, Blondel et Mathieu. Mathieu conseille de mélanger à chaque litre d'eau bouillie une à trois cuillerées à bouche d'une solution d'ichtyolate neutre d'ammoniaque au cinquième.

Certaines stations d'eaux minérales : Châtel-Guyon, Plombières, Marienbad rendent des services dans l'entérite muco-membraneuse : leur utilité tient à ce qu'elles concourent, comme Châtel-Guyon et Marienbad, à régulariser les selles, ou aux pratiques d'irrigation et de nettoyage intestinal qui y sont d'un usage courant, à Plombières, par exemple.

Le régime chez les malades affectés de colite membraneuse est d'importance capitale. Au début, alors que la constipation est le phénomène dominant et qu'il suffit souvent de la vaincre pour faire disparaître les mucosités glutineuses que contien-

nent les selles trop rares, on pourra, après s'être assuré de la tolérance de l'estomac, conseiller l'usage des légumes verts cuits, des fruits cuits ou crus; on essayera des raisins, des oranges, le matin à jeun. Mais il ne faut pas oublier que nous visons en ce moment des malades affectés de neurasthénie, presque toujours, à ce titre, dyspeptiques gastriques, et qui ne supportent pas toujours bien les aliments dont je viens de parler : l'une des grandes difficultés du traitement des troubles gastro-intestinaux dans la neurasthénie tient à la complexité variable de ces troubles et à la multiplicité des indications qui en résultent; ces indications sont souvent contradictoires. Voilà pourquoi on ne saurait fixer un régime univoque : les règles générales arrêtées d'avance sont sujettes à de nombreuses modifications suivant les cas : il faut ici, comme partout, de la part du médecin, de l'observation et du tact pour dégager le traitement qui s'adapte le mieux à la situation.

Ce que je viens de dire du régime qui vise la constipation, s'applique aussi au régime qui vise l'infection intestinale. A n'envisager que celle-ci, le régime alimentaire doit être combiné de telle sorte qu'il favorise le moins possible les fermentations et les pullulations microbiennes. A ce titre, les aliments de choix sont le lait, le képhir et les fécu-

lents. Le lait a une action antifermentescible bien connue et qu'ont mise en relief les travaux de Poehl, de Biernacki, de Winternitz, de Gilbert, de Dominici. Mais il n'est pas toujours accepté volontiers par les neurasthéniques qui prétendent que l'estomac s'en accommode mal.

Le képhir a une action analogue à celle du lait ; quand on peut se le procurer, et suffisamment frais, il doit en général lui être préféré ; les malades arrivent vite à s'y faire d'ordinaire, et, sauf exception, le supportent à merveille.

Mais la diète lactée ou képhirienne n'a de raison d'être dans l'entérite muco-membraneuse qu'autant qu'il s'agit d'une phase aiguë avec douleurs vives, inappétence. Dans les conditions habituelles où l'auto-intoxication se produit on peut associer au lait et au képhir le régime des farineux. Le lait, d'ailleurs, même quand il est mal supporté pris isolément, l'est bien en général quand on le donne en même temps que ces derniers.

De nombreures expériences, notamment celles de Hoppe Seyler, de Krauss, de Combe (de Lausanne[1], ont établi que l'alimentation par les farineux diminue les putréfactions intestinales; de plus elle favoriserait la digestion des albuminoïdes

1. Gaston Lyon, *Prophylaxie et traitement des auto-intoxications d'origine intestinale* (*Gaz. des hôpitaux*, n° 55, 1904).

(Rubner, Krauss, Muncke, Wicke et Weiske). C'est en se fondant sur ces faits que l'on a été conduit à faire des farineux la base du régime des malades chez lesquels il y aura auto-intoxication d'origine intestinale. Combe[1], après Grawitz, Senator, Rosenheim et quelques autres, a établi les règles de ce régime : les éléments dont il se compose sont le lait, les farines maltées, les pommes de terre, les pâtes (vermicelle, pâtes d'Italie, macaroni, nouilles), le riz, la semoule, le tapioca, le sagou, l'arrow-root. La préparation de ces aliments a une grande importance : avec les farines maltées on confectionne des potages en faisant cuire ces farines à l'eau pendant une demi-heure environ, et y ajoutant si l'on veut après la cuisson un quart ou une moitié de lait. Les pommes de terre sont servies cuites au four, ou en purée cuite à l'eau et additionnée de beurre après la cuisson. Quant aux pâtes on les cuit à l'eau salée pendant vingt à quarante minutes, et on y ajoute un peu de beurre frais au moment de les servir ; le riz, la semoule, le tapioca, l'arrow-root serviront à confectionner des potages ou des puddings avec addition de lait, de sucre et de jaune d'œuf.

Combe recommande de multiplier les repas et de

1. Combe. *Arch. de Médec. des enfants*, janv. et fév. 1904.

séparer, en les alternant, les repas solides et les repas liquides. C'est ainsi qu'on peut conseiller 6 repas par jour : 3 repas solides (7 h. 1/2, 12 h. 1/2, 7 h. 1/2 du soir), et 3 repas liquides (10 h., 3 h. 1/2, 4 heures du soir).

Enfin, quand on associe aux farineux les aliments azotés autres que le lait et les œufs, c'est-à-dire la viande, on doit avoir soin de prendre environ cinq fois autant d'hydrocarbures que d'albuminoïdes.

Ce régime, qui réussit bien dans les entérites des enfants et des adultes, donne aussi de bons résultats dans les cas d'entérite muco-membraneuse accompagnée de fermentations putrides. Mais dans son administration on se bute assez souvent, chez les neurasthéniques, à des objections qui tiennent à la difficulté qu'a l'estomac à digérer les féculents : les malades se plaignent souvent que les aliments de cette nature les « gonflent », les « étouffent », et on est obligé de composer avec eux. D'autre part, quand l'estomac est atone, ce qui est fréquent, la digestion étant très lente, il faut laisser entre les repas des intervalles assez longs, ce qui exclut la possibilité des repas multiples.

Je formule d'ordinaire de la façon suivante le régime chez les neurasthéniques atteints de colite membraneuse avec phénomènes de fermentations intestinales :

1° Dans les cas où l'état saburral de la langue est très accusé, où il y a perte d'appétit, ballonnement du ventre, crises douloureuses vives et fréquentes, débâcles intestinales avec fausses membranes abondantes et selles putrides, régime lacté exclusif, le lait étant pris au gré du malade, soit par petites doses souvent répétées, soit par doses plus fortes et plus rares; ou mieux régime exclusif du képhir n° 2, dont on donne de 4 à 6 verres par jour. Peu de malades en tolèrent davantage.

Si le lait ou le képhir sont mal supportés, ce qui arrive, on peut les remplacer par des potages à l'eau et aux farines additionnés ou non d'un peu de lait et dont on donne de 2 à 4 dans la journée. Ce régime suppose le repos au lit, ou au moins à la chambre.

2° Quand les douleurs sont moins vives, les débâcles moins pénibles, le ventre moins tendu, que le malade ait été mis ou non antérieurement au régime précédent, on prescrit le régime lacto-farineux de la façon suivante :

a) 1er déjeuner à 8 heures. — Képhir ou lait, pur ou additionné d'un peu de café ou de thé; gâteau sec ou biscotte, ou croûte de pain grillée avec un peu de beurre frais, ou bouillie épaisse aux farines.

b) Midi. — Déjeuner composé de deux plats et d'un dessert, choisis parmi les aliments sui-

vants : bouillies épaisses aux farines, purées de pommes de terre, de pois secs, de lentilles à l'eau, avec beurre frais; pomme de terre au four, riz, macaroni, nouilles, pudding, fromage frais, compotes de fruits peu sucrées.

A la rigueur, deux jaunes d'œuf.

Pain grillé ou biscottes.

c) A 4 heures. — Képhir, ou lait (avec café ou thé), ou cacao à l'eau.

d) A 7 heures. — Même repas qu'à midi.

Pas de boisson aux repas du midi et du soir, mais latitude de prendre, à 10 heures et le soir en se couchant, un verre d'eau d'Alet, d'Évian ou d'une bonne eau de source légère.

4° A la phase où les phénomènes de fermentation intestinale sont encore plus atténués, on permet, au repas de midi d'abord, puis de midi et du soir, l'adjonction d'un peu de viande (mouton ou bœuf grillés, jambon maigre, poulet chaud ou froid, bœuf à la mode froid), mais en recommandant que le plat de viande soit accompagné d'un plat copieux (4 ou 5 fois aussi copieux) de purées de légumes, de riz ou de macaroni.

Ces régimes ne constituent d'ailleurs que des indications modifiables suivant les circonstances. En pareille matière il faut avoir des notions directrices auxquelles on doit se conformer le plus pos-

sible sans jamais perdre de vue que l'organisme vivant n'est pas une cornue et que, chez les neurasthéniques surtout, on aura à compter avec des questions de goût, de répugnance, d'appétit, de réactions gastriques vis-à-vis des aliments, qui obligent de conformer ses prescriptions aux particularités et aux indications spéciales de chaque cas. Savoir le faire, c'est là ce qui distingue le bon médecin.

Pour terminer, je dois dire quelques mots des moyens qui, en dehors du régime, permettent, chez les malades affectés de colite membraneuse douloureuse, de calmer les souffrances. On aura fréquemment à s'y employer, car outre que ces souffrances sont souvent fort vives, elles déterminent chez les malades, d'ordinaire déjà fort impressionnables, des réactions qui se traduisent par de l'insomnie, de la désespérance, des idées noires. Les applications de compresses chaudes ou chloroformées sur le ventre, quelquefois la glace, les bains chauds surtout seront, à ce point de vue, très précieux. Enfin, à l'intérieur, on prescrira la belladone, en pilules de 1 centig. d'extrait, qu'on peut associer à 5 à 10 centig. d'extrait de valériane et dont on administre de 1 à 4 ou 5 dans la journée, ou la codéine en sirop donné dans un peu d'infusion de feuilles d'oranger, ou en pilules de 1 centig. dont on pourra permettre 1 à 5 dans la journée.

CHAPITRE IV

HYDROTHÉRAPIE.

L'hydrothérapie peut rendre les plus grands services dans le traitement de la neurasthénie. Elle est assurément un des meilleurs agents physiques dont l'hygiène thérapeutique dispose, et il est bien peu de cas d'épuisement nerveux dans lesquels son emploi ne soit formellement indiqué. L'action stimulante et tonique que les applications froides exercent sur les centres nerveux et par l'intermédiaire de ces centres sur l'organisme tout entier, est particulièrement bienfaisante aux sujets atteints d'asthénie nerveuse. Bien que « l'état de faiblesse irritable » qui caractérise cette névrose se manifeste tantôt par des signes d'asthénie, tantôt par des phénomènes d'éréthisme ou d'excitation, l'hydrothérapie et son influence stimulatrice n'en restent pas moins toujours indiquées pour combattre ces deux ordres de symptômes, puisqu'ils ne sont opposés qu'en apparence et qu'ils dérivent de la même cause, la débilité des centres nerveux.

Cependant, tous les procédés de l'hydrothérapie ne conviennent pas indifféremment au traitement de l'épuisement nerveux. En général les neurasthéniques supportent mal les excitations violentes et les soustractions de calorique trop prononcées. Les procédés les plus doux sont de beaucoup préférables, et parmi ceux qui nous paraissent donner les résultats les plus profonds et les plus durables nous citerons les lotions, l'enveloppement dans le drap mouillé, et la douche froide mobile en jet brisé. Mais il ne suffit pas de prescrire telle ou telle méthode d'hydrothérapie, il faut aussi savoir comment on devra l'appliquer.

Drap mouillé avec frictions. — L'enveloppement dans le *drap mouillé* peut être prescrit sans danger dans toutes les formes de la neurasthénie. On se sert d'un drap très dur que l'on trempe dans l'eau de 20 à 25° et que l'on tord fortement. Quand le drap est ainsi préparé (le malade s'étant dépouillé de tous ses vêtements et se tenant debout) on le déploie et on le jette rapidement sur les épaules et le dos du patient en ayant soin de ramener les bords en avant sur la poitrine, l'abdomen et les membres. Aussitôt on pratique, avec la main appliquée sur le drap mouillé, des frictions régulières sur toute l'étendue du tégument, pendant une ou deux

minutes ; cela fait, et le drap étant enlevé, on essuie rapidement le malade avec un autre drap sec et légèrement chauffé en le frictionnant de nouveau méthodiquement. Il s'habille ensuite et marche de façon à favoriser la réaction, ou, s'il est trop faible, il se met au lit pendant une heure et la réaction ne tarde pas à se produire. Les jours suivants, on peut abaisser progressivement la température de l'eau jusqu'à 15 ou 16 degrés. C'est là sans doute un des procédés hydrothérapiques les plus doux, mais il est cependant suffisamment efficace et son emploi est particulièrement recommandable dans les états neurasthéniques où il est indiqué de tonifier les centres nerveux, en évitant d'exciter trop violemment les nerfs périphériques. Ce procédé présente encore cet avantage pratique, c'est qu'il peut être employé à domicile et ne nécessite aucune installation particulière.

Drap mouillé ruisselant sans friction. — Ce procédé consiste essentiellement à envelopper le patient dans un drap trempé dans l'eau froide mais non tordu, pendant une ou deux minutes, et à le frictionner ensuite légèrement avec un drap sec. Comme le précédent, ce procédé produit une action tonique et sédative, mais il est moins excitant. Il constitue en somme un excellent moyen d'entraîne-

ment et de préparation qu'on utilisera avec avantage toutes les fois que le malade ne supportera pas d'emblée la douche ou les frictions au drap mouillé et préalablement tordu.

Lotions froides. — Les *lotions froides* pratiquées dans le tub, avec une grosse éponge imbibée d'eau, de thermalité plus ou moins élevée, peuvent aussi être employées soit pour entraîner le malade à la douche, soit pour continuer à domicile un traitement commencé dans un établissement.

Douches froides. — La *douche froide*, mobile, en jet brisé, est beaucoup plus active que l'enveloppement. C'est le procédé de choix qu'il faut prescrire et appliquer à tous les malades qui peuvent se rendre chaque jour dans un établissement hydrothérapique. Le jet brisé doit atteindre d'abord les pieds et les mollets, la surface postérieure du corps mais en ayant soin de ménager la nuque et la tête. Puis le malade se retourne et on asperge les parties antérieures. On termine en dirigeant le jet, sans le briser, sur les pieds pendant quelques secondes. La durée de la douche doit être très courte, elle ne doit pas dépasser trente secondes, et si l'eau est très froide, d'une température inférieure à 10 degrés, six ou huit secondes suffiront, au moins au début

du traitement, pour produire l'action thérapeutique voulue. « Une douche trop courte n'a jamais d'inconvénient ; une douche trop longue est toujours dangereuse (Fleury). »

Il faut cependant à ce sujet tenir compte de la facilité et de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle le sujet réagit et ne pas oublier que la durée de la douche doit être en somme proportionnelle à la sensibilité de chaque malade et à son degré d'entraînement.

Après la douche le malade est essuyé, frictionné et se livre à un exercice modéré, afin de faciliter la réaction.

Les pratiques hydrothérapiques que nous venons d'indiquer doivent, pour produire tout leur effet thérapeutique, être continuées pendant une période de temps suffisamment prolongée. Un, deux et trois mois sont généralement nécessaires pour conduire la cure au résultat désiré. Quel que soit le procédé utilisé, enveloppement, lotion ou douche froide, il ne faut pas soumettre le patient à plus de deux applications quotidiennes. On se bornera dans la plupart des cas à un enveloppement ou à une douche administrée le matin aussitôt après le réveil : c'est l'heure la plus favorable. Telle est la méthode qui nous paraît devoir être suivie dans le traitement du plus grand nombre des neurasthéniques.

Douche tiède, douche chaude, douche écossaise. — Mais les susceptibilités individuelles des malades, la coexistence de certains états diathésiques en rendent parfois l'application malaisée, sinon impossible. Ce sont ces difficultés inhérentes à l'état particulier de chaque sujet et les indications spéciales qui en découlent, que nous allons maintenant examiner.

Lorsqu'on croit devoir soumettre à l'emploi de la douche froide un neurasthénique qui accuse une répugnance accentuée à l'égard de ce procédé hydrothérapique, il est nécessaire, avant de lui appliquer la douche froide à 8 ou 10 degrés, de l'entraîner en quelque sorte en usant tout d'abord de procédés moins rigoureux. Il serait en effet imprudent de ne tenir compte ni de sa pusillanimité qui est souvent très grande, ni de son impressionnabilité physique, qui est quelquefois très réelle. En le soumettant sans transition et sans ménagement à la douche très froide ou froide (15° et au-dessous) on s'exposerait à aggraver momentanément son état, à lui inspirer une aversion désormais insurmontable pour l'hydrothérapie et, partant, à le priver d'une action thérapeutique bienfaisante. On peut tâter la sensibilité du patient en se servant d'emblée de la douche froide, mais la durée devra en être très courte (deux à cinq secondes au plus). L'épreuve faite, on aura recours, pour acclimater

les sujets que l'eau froide impressionne par trop vivement, soit à la douche chaude ou tiède dont on abaissera progressivement le degré thérapeutique, soit à la douche écossaise. Le premier de ces deux procédés a été l'objet de critiques qui nous paraissent fondées. Après la douche tiède ou tempérée, la réaction vasculaire est à peu près nulle; les malades n'ont aucune tendance à se réchauffer spontanément; ils ont du frisson et le refroidissement superficiel de la peau persistant, l'effet obtenu n'est rien moins que favorable. La douche fraîche (18 à 25°) présente à peu près les mêmes inconvénients. La réaction calorique qu'elle développe est souvent insuffisante; elle peut provoquer le retour ou le développement de douleurs névralgiques ou rhumatismales. La douche écossaise est un meilleur mode de préparation à l'eau froide; elle doit être préférée aux procédés précédents. Elle consiste à donner tout d'abord une douche chaude à une température de 36 ou 37 degrés qu'on élève progressivement et assez rapidement à 40 ou 45 degrés. A ce maximum de thermalité, la douche chaude est continuée pendant trente secondes, une minute, deux minutes au plus et, brusquement, sans transition, on abaisse la température de l'eau à 8 ou 10 degrés; la durée de la douche froide ne devant pas excéder dix à quinze secondes (F. Bottey).

Il est des neurasthéniques qui, quelle que soit la méthode d'entraînement employée, ne peuvent supporter l'action de la douche même à température modérée. C'est alors qu'il faut avoir recours, à titre de traitement définitif, aux procédés sans percussion que nous avons déjà indiqués, tels que les frictions humides, les lotions, les enveloppements avec le drap mouillé ou bien le demi-bain fixe, le demi-bain refroidi. Certains neurasthéniques se montrent tout à fait réfractaires à l'eau froide: quelle que soit la manière dont on l'applique, ils éprouvent au moment du contact une impression tellement pénible que l'hydrothérapie froide doit être définitivement écartée de leur traitement.

Il est une catégorie de malades qui, sans être trop vivement impressionnés par le contact de la douche froide, voient leur irritabilité nerveuse, leurs malaises divers s'accroître sous l'influence de ce procédé hydrothérapique. Et quelquefois les procédés atténués de la lotion froide, de la friction humide ne leur réussissent guère mieux. On rencontre à cet égard dans la pratique des susceptibilités individuelles qu'il faut savoir respecter. Quelques-uns de ces malades hyperexcitables tolèrent cependant assez bien l'immersion dans la piscine à eau dormante et à température modérée (16 à 20°)

à la condition que la durée de l'immersion ne dépasse pas une demi-minute ou une minute au plus. Sous cette forme l'usage de la piscine peut produire des effets toni-sédatifs; tandis que la piscine froide à eau courante détermine chez la plupart des neurasthéniques des phénomènes d'excitation qu'il faut éviter à tout prix.

Bain tempéré. — On pourra encore prescrire à ces neurasthéniques le *bain tempéré* à 28 ou 32 degrés. Dans le bain, le malade doit éprouver une sensation de fraîcheur agréable, mais n'allant pas jusqu'au frisson. La durée du bain variera suivant l'impression ressentie par le sujet. Dès que le frissonnement se produit, celui-ci doit sortir de la baignoire. Lors des premières séances, la sensation de froid vif apparaît dès la seconde ou la troisième minute; mais à la longue le malade, dont la sensibilité s'émousse, finit par y séjourner cinq minutes et même plus. Il est bon de maintenir, pendant la durée du bain, une compresse froide sur la tête du patient. Après le bain le malade sera simplement enveloppé dans une couverture de laine. Le bain tempéré est suivi généralement d'une réaction modérée, mais suffisante et ses effets toniques et sédatifs sont des plus nets.

Chez les neurasthéniques *rhumatisants* ou *arthri-*

tiques, il ne faut user de l'eau froide qu'avec beaucoup de prudence et de modération. Il est incontestable que les applications froides, même de courte durée, réveillent assez fréquemment chez ces sujets des douleurs rhumatoïdes. Dans ce cas mieux vaut s'en abstenir complètement. Il faut alors utiliser, pour le traitement hydrothérapique de ces malades, soit le bain tiède, soit la douche chaude ou bien la douche écossaise.

Bain tiède. — Le *bain tiède* (de 33 à 36°) est à peu près sans action sur la température du corps. Accompagné de frictions savonneuses, il assouplit la peau, ravive ses fonctions physiologiques et agit favorablement sur les nerfs périphériques. Ses effets sont surtout sédatifs : il modère l'activité du cœur, l'excitabilité des centres nerveux et facilite le sommeil. Les résultats qu'on en obtient dans le traitement des neurasthéniques arthritiques sont d'autant plus appréciables que, chez la plupart de ces sujets, les symptômes d'excitation se montrent prédominants. La durée du bain doit être de trente à quarante minutes. Prolongé outre mesure, il détermine de la fatigue, de l'accablement. Il est souvent suivi d'un refroidissement plus ou moins marqué de la surface cutanée. Aussi faut-il avoir soin après chaque bain tiède de favoriser la calorification de

la peau par des frictions énergiques et un enveloppement suffisant.

La *douche chaude* (33 à 36°), au même titre que le bain chaud, exerce une action sédative; elle modère l'excitabilité réflexe du système cérébro-spinal, calme l'éréthisme cérébral ou cardiaque, atténue l'insomnie. Elle a sur le bain chaud l'avantage d'être moins débilitante, grâce sans doute à l'action percutante du jet et à l'excitation légère qu'il détermine sur l'innervation cutanée. Cette douche doit être administrée lentement, en pluie mobile, avec une durée de trois à dix minutes. Après la douche chaude comme après le bain, le malade sera frictionné énergiquement et enveloppé soigneusement dans un peignoir chaud.

La douche écossaise, dont nous avons déjà indiqué la technique, pourra être utilisée avantageusement dans le traitement des neurasthénies arthritiques. Elle est à la fois tonique et sédative et n'a pas les inconvénients que présentent les douches froides chez les malades de cette catégorie.

Demi-bain. — Le demi-bain qui, depuis Priestnitz est d'un emploi courant en Allemagne et en Suisse, où la douche est usitée moins qu'en France, peut être utilisé, chez les neurasthéniques excités, surtout pour amener le calme et le sommeil. Il a sur la

douche l'avantage de pouvoir être pris à domicile et le soir au coucher. C'est sous la forme de demi-bain refroidi qu'il rend le plus de services dans la neurasthénie. Pour administrer ce bain, dit Beni-Barbe[1], on se sert de la grande baignoire dans laquelle on fait asseoir le patient aussi commodément que possible. Le niveau de l'eau ne doit pas dépasser la moitié inférieure du corps et sa température a ordinairement, au début de l'opération, 30° centigrades environ. Si le malade trouve cette immersion agréable on peut, sans inconvénient, l'y laisser séjourner pendant quelques minutes. Après ce temps on fait jouer les robinets chargés de régler l'arrivée et la sortie de l'eau d'une façon précise et on abaisse ainsi progressivement la température du liquide de deux, trois, quatre et même cinq degrés. Pendant cette manœuvre il faut, à l'aide d'un baquet ou de tout autre récipient commode, projeter l'eau du demi-bain sur les régions non mouillées et faire des frictions sur toute l'étendue du corps en les accentuant davantage dans les régions inférieures. La durée de cette immersion et des pratiques qui la complètent varie, selon le degré de résistance du

1. Beni-Barbe, *Exposé de la méthode hydrothérapique*. Paris, 1905, Masson, éd.

sujet et l'intensité de cette excitation, entre cinq et dix minutes.

Lorsque le malade sort du bain, son corps est arrosé avec de l'eau à température agréable, à peu près équivalente à celle du récipient, on le frictionne doucement et on l'invite à se reposer dans son lit. Cette opération détermine le plus souvent un apaisement très marqué qui provoque une agréable détente et même un sommeil réparateur.

Nous devons maintenant passer en revue les procédés hydrothérapiques qui sont spécialement applicables au traitement de certains symptômes prédominants ou fondamentaux des états neurasthéniques.

Contre la *céphalée* et les *vertiges* les applications modérément excitantes sont celles qui conviennent le mieux. Mais elles doivent être employées avec beaucoup de prudence, du moins au début du traitement; on pourra essayer la douche froide en jet brisé, en ne dirigeant le jet que sur les membres inférieurs et la moitié inférieure du tronc. C'est dans ces cas qu'il faut soigneusement éviter de toucher la nuque et la partie supérieure du dos. L'expérience a montré qu'en effet les applications d'eau froide sur cette région provoquent ou aggravent les vertiges chez les neurasthéniques qui y sont

sujets. On peut encore, et c'est là une manière de procéder plus modérée et plus prudente, commencer le traitement en administrant la douche écossaise à température décroissante.

Aux malades souffrant d'insomnie persistante, on prescrira la douche chaude (de 34 à 36°) d'une durée de trois à cinq minutes et à percussion légère. Le bain tiède à 30 degrés, de courte durée, auquel on associe des affusions plus froides sur la tête, donne de bons résultats, dans les cas d'insomnie avec prostration marquée.

Le *maillot humide* produit une action calmante sans être débilitant. Il est parfaitement indiqué dans les cas d'*insomnie*. On doit alors l'appliquer dans la chambre même du malade, le soir, au moment d'aller se coucher. Ce procédé est très efficace. Les Allemands en abusent peut-être un peu ; mais il ne mérite certes pas l'oubli dans lequel il est tombé en France. Il réussit parfois là où la douche et les bains ont échoué. Voici quelle en est la technique : on étale sur le lit deux couvertures de laine et par-dessus les couvertures on étend un drap que l'on vient de tordre après l'avoir trempé dans de l'eau à 10 ou 15 degrés. Le malade se place sur le drap ; on l'asperge rapidement de quelques gouttes d'eau froide et on l'enveloppe de telle sorte que toute la surface du corps soit en contact avec

le drap humide; après quoi on replie les couvertures. Pour obtenir les effets toniques et surtout sédatifs que l'on recherche, on laisse le malade ainsi enveloppé pendant dix, quinze ou vingt minutes. Après le léger frisson du début, le pouls, d'abord accéléré, se ralentit; le malade éprouve un sentiment de bien-être et de calme, quelquefois il ressent un engourdissement général, de la somnolence et enfin le besoin de dormir se produit. Si l'on prolongeait l'application du maillot humide au delà du terme indiqué, on déterminerait une réaction diaphorétique que l'on doit éviter.

Contre l'*atonie gastro-intestinale* on pourra prescrire la douche abdominale en éventail, la douche dorso-lombaire, la douche alternative localisée sur l'abdomen, d'une durée de deux minutes (Bouveret), ou bien encore la ceinture épigastrique mouillée. Cette dernière application produit une action locale révulsive et excito-motrice qui est très favorable aux malades affectés de dyspepsie atonique et de constipation. Elle constitue un véritable bain de vapeur local. La ceinture épigastrique ou abdominale consiste en une bande de toile large de 20 à 35 centimètres et assez longue pour faire trois fois le tour du corps. Le premier circulaire seul est mouillé, les deux autres tiers de la pièce de toile sont secs et recouvrent exactement le premier. On

enroule par-dessus une bande de flanelle. La durée de l'application varie de quinze à trente minutes.

La *rachialgie*, les douleurs précordiales sont généralement calmées par les douches chaudes ou écossaises localisées. Quant aux procédés hydrothérapiques qu'il convient d'employer contre les symptômes *génito-urinaires* (spermatorrhée, impuissance, névralgies, etc.), nous les décrirons en détail lorsque nous exposerons le traitement hygiénique de la forme génitale de la neurasthénie.

En somme, l'hydrothérapie ne doit être mise en œuvre dans le traitement de l'asthénie nerveuse qu'avec beaucoup de prudence. Les applications froides, lorsqu'elles sont données sans mesure, peuvent aggraver l'état du patient. Il faut toujours tenir compte des susceptibilités individuelles des malades, de leur état général et des troubles prédominants qu'ils accusent. Il est indispensable au début du traitement de tâter, pour ainsi dire, la sensibilité de chaque sujet et de bien observer sa manière de réagir ; les procédés les plus doux sont les meilleurs. Telles sont les données générales qui doivent, croyons-nous, guider le médecin dans l'application des méthodes hydrothérapiques applicables à la cure de l'épuisement nerveux.

CHAPITRE V

CLIMATOTHÉRAPIE. — CHOIX D'UNE STATION

On sait que la plupart des neurasthéniques sont extrêmement sensibles aux influences atmosphériques. Les froids rigoureux comme les chaleurs excessives les impressionnent désagréablement et leur sont également défavorables. Il est certain en effet que beaucoup de ces malades voient leur état s'améliorer pendant les saisons intermédiaires et leurs symptômes s'aggraver au contraire pendant l'hiver et pendant l'été. Ce sont donc les climats tempérés qui leur conviennent le mieux. Il faut toujours conseiller aux neurasthéniques qui sont à même d'abandonner leur domicile pendant plusieurs mois consécutifs, de séjourner durant les saisons extrêmes dans une station convenablement choisie. En les éloignant ainsi des lieux où ils ont déjà plus ou moins longtemps souffert et où se trouvent généralement réunies les causes diverses qui ont provoqué le développement de leur névrose, on les soustrait aux impulsions suggestives si nui-

sibles de leur entourage et de leurs habitudes, en même temps qu'on les fait bénéficier de l'influence bienfaisante que le séjour en un site agréable et sous un climat plus doux peut exercer sur leur état mental et sur leur condition physique. Mais nous nous sommes proposé d'étudier plus particulièrement dans ce chapitre l'action hygiénique des différents climats sur les diverses catégories de neurasthéniques. Cette étude nous conduira naturellement à préciser les règles qui doivent guider le médecin dans le choix d'une station climatérique. Nous examinerons successivement les effets physiologiques :

1° Des climats de montagne;

2° Des climats de plaine;

3° Des climats maritimes.

Climats de montagne. — Le séjour à la montagne jouit d'une vogue méritée dans le traitement des états névropathiques et de la neurasthénie en particulier. C'est pendant l'été, durant les mois de juillet et août, que les climats d'altitude sont particulièrement recommandables. Cette cure climatérique est à coup sûr préférable, au moins pour le plus grand nombre des neurasthéniques, aux cures thermales ainsi qu'au séjour dans les stations maritimes.

Les caractères climatériques des stations d'altitude sont multiples : la pression atmosphérique y est relativement basse ; la température moins élevée et l'écart entre les moyennes thermiques du jour et de la nuit plus accusé ; le ciel y est moins nuageux que dans les plaines et les basses vallées ; l'air y est plus sec et plus pur ; la radiation solaire y est plus vive et si la station est convenablement exposée, les grands courants atmosphériques n'y arrivent que coupés et affaiblis par les chaînes voisines. La station choisie ne doit pas être trop élevée ; on sait que le passage direct des lieux bas à une altitude suffisamment élevée (de 1 600 à 2 000 mètres et au-dessus par exemple) produit chez les sujets normaux des effets physiologiques particuliers : ce sont des modifications de la respiration, du rythme cardiaque, de la température centrale, etc. Dans son *Traité de climatothérapie*, Weber rapporte que sur quarante-quatre individus observés par lui dans les conditions précitées, il a constaté que la fréquence du pouls était à peine modifiée chez trente-deux sujets, qu'elle était augmentée chez dix d'entre eux, dans la proportion de 5 à 18 p. 100 et légèrement atténuée chez deux personnes. Sur quarante sujets qui venaient de passer des basses plaines à des hauteurs variant entre 1 200 mètres et 2 400 mètres au-dessus du niveau de la mer, il observa également-

ment, dans les premiers jours qui suivirent le changement d'altitude, que le nombre des respirations s'était accru de deux à cinq inspirations par minute. Sur quatre-vingt-dix personnes observées après un séjour de deux à vingt semaines dans les stations élevées, il trouva que chez le plus grand nombre de ces sujets le chiffre de ces inspirations n'avait pas varié, que chez les autres il était soit diminué, soit augmenté de deux à quatre par minute. Mais d'autres observateurs sont arrivés à des résultats tout différents.

C'est qu'en effet l'état psychique du sujet observé, son alimentation, la température extérieure et d'autres influences encore peuvent modifier le rythme de la respiration et du pouls. Ces recherches, malgré leur apparente précision, sont entourées de bien des causes d'erreur ; on ne saurait donc en tirer de conclusions fermes en ce qui concerne l'action du changement et du degré d'altitude sur les mouvements du cœur et de l'appareil respiratoire. Il n'en est pas de même des modifications qui ont été notées dans la composition du sang. Viault (1) a constaté une augmentation des globules rouges chez cinq personnes séjournant depuis peu de jours à une altitude de 4 000 mètres. Ses recher-

1. Viault, *C. R. de l'Acad. des sc.*, C. XI.

ches ont été reprises, mais pour une altitude moindre (1 808 mètres), par F. Egger (1). Les observations de cet auteur ont porté sur vingt-sept sujets normaux ou neurasthéniques et il a noté que, très rapidement, en moyenne après quatre ou cinq jours de séjour à la station d'Aros, le chiffre des globules rouges s'était élevé de 5 459 666 à 6 357 047 par millimètre cube. Après quelques semaines ou quelques mois de séjour, le sang de ces mêmes sujets présentait encore un léger accroissement du nombre des globules (7 000 000 en moyenne). Les recherches de Egger sur les modifications parallèles de l'hémoglobine du sang et du chiffre des globules chez l'homme, ses expériences sur les animaux, que nous ne pouvons exposer ici en détail, tout conduit à admettre que cette augmentation de la richesse globulaire du sang produite sous l'influence de l'altitude est bien réelle, qu'elle n'est que partiellement imputable à la concentration du liquide, c'est-à-dire à la diminution de la masse totale du sérum, et qu'il s'agit en somme d'un phénomène d'adaptation physiologique de la constitution du sang à la raréfaction relative de l'oxygène de l'air atmosphérique. Cette interprétation, si elle est exacte, permettrait d'expliquer le mécanisme des troubles que

1. Fritz Egger, in *Handbuch der Neurasthenie* von Fr. Müller.

présentent beaucoup de sujets normaux dans les premiers jours qui suivent leur arrivée à des altitudes de 2 000 mètres et au-dessus. Ces troubles, d'ailleurs peu accentués, consistent en léger éréthisme de l'appareil circulatoire, avec tendance à l'essoufflement et un certain état de dépression mentale. Ils rappellent assez exactement les symptômes accusés par les anémiques. C'est donc à une sorte d'*oligocytémie relative* qu'il faudrait imputer les troubles de la respiration et de la circulation qu'on observe chez les individus nouvellement venus dans les hautes montagnes Chez les personnes jouissant d'une bonne santé, l'adaptation physiologique aux conditions nouvelles s'accomplit rapidement et les troubles de la période d'acclimatement durent peu. Il s'ensuit que les neurasthéniques en état d'anémie profonde, ceux dont la nutrition est gravement atteinte, ou bien encore ceux qui par suite de l'âge ou de maladies constitutionnelles concomitantes, ne sont pas en état de faire les frais de cette adaption, ne devront pas se rendre dans les stations climatériques très élevées. Les grandes altitudes, celles qui atteignent ou dépassent 2 000 mètres, leur seront peu favorables et parfois même ne seront pas tolérées. Une altitude moyenne de 1 000 à 1 600 mètres est généralement suffisante. Seuls les neurasthéniques qui ont con-

servé un bon état général, ceux qui sont atteints d'une forme légère de l'épuisement nerveux et surtout les convalescents pourront séjourner avec profit, durant les mois d'été, à des altitudes supérieures. C'est avec raison que Ziemssen conseille deux séjours à la montagne, le premier vers le milieu du printemps, à une altitude moindre (de 500 à 1 000 mètres), pendant lequel le patient se repose des fatigues de l'hiver et s'acclimate au climat d'altitude, l'autre durant l'été, à une altitude plus élevée.

Outre l'altitude convenable, une bonne station de montagne doit réunir d'autres conditions hygiéniques; il faut qu'elle soit suffisamment abritée des vents; que le site en soit pittoresque et tel que la vue puisse embrasser de vastes horizons. Il faut enfin que, sans fatigue, les malades puissent trouver dans les environs des promenades et des excursions faciles. Enfin l'installation matérielle doit être confortable.

Lorsque toutes ces conditions sont réunies, le climat de montagne, l'expérience l'a prouvé, exerce sur l'ensemble des fonctions organiques et sur le système nerveux des sujets anormaux une action éminemment favorable, à la fois sédative et fortifiante. Sous l'influence de la vie active en plein air, des excursions en terrain accidenté, de l'excitation

générale que déterminent la fraîcheur de l'air et la radiation solaire, les échanges nutritifs sont activés, l'appétit augmente et par conséquent une plus grande quantité d'aliments est ingérée, de telle sorte que si l'on n'abuse pas des longues marches, des ascensions, le poids du corps s'accroît notablement. Grâce à l'activité déployée chaque jour, les muscles qui concourent à la respiration acquièrent une plus grande énergie et les inspirations se font sinon plus fréquentes, du moins plus profondes; l'énergie contractile du cœur et des vaisseaux s'accroît pareillement. L'hématopoïèse se fait plus complètement, le sommeil est meilleur. L'air frais et sec favorise l'élimination d'une plus grande quantité de vapeur d'eau. En somme, la nutrition des centres nerveux et des autres organes se trouve améliorée. Tels sont les effets physiologiques du climat de montagne. Voyons maintenant quelle est son action sur les neurasthéniques.

Il est certain que la plupart de ces malades bénéficient de cet accroissement d'activité vitale que le séjour en montagne imprime à l'organisme tout entier. Quelques neurasthéniques éprouvent au début de leur séjour, alors même que l'altitude du lieu est égale ou inférieure à 1 000 mètres, de l'essoufflement, des palpitations cardiaques, en un mot les divers troubles qui peuvent se manifester, nous

l'avons vu, chez les sujets normaux passant sans transition à 2000 mètres et au-dessus. Il faut recommander à ces malades de se tenir au repos, durant les premiers jours de leur acclimatement.

Les premières courses à pied doivent être très courtes et entrecoupées de haltes fréquentes. Mais, au bout de huit ou dix jours, les malaises du début se dissipent complètement; une activité musculaire plus grande sera alors permise : il importe toutefois de toujours régler par doses progressives les promenades et les excursions. Les patients ne doivent en éprouver qu'une sensation de fatigue légère, agréable, mais nullement douloureuse. La céphalalgie, la rachialgie, les troubles digestifs dépendant de l'atonie gastro-intestinale dans sa forme légère, l'asthénie musculaire, tels sont les symptômes neurasthéniques qui s'atténuent le plus rapidement et le plus régulièrement sous l'influence du climat de montagne. Par contre, l'insomnie est là comme toujours le trouble tenace par excellence : rarement elle disparaît d'une manière complète. Les malades qui dorment bien d'habitude, éprouvent quelquefois de l'insomnie durant les premières nuits de leur séjour : mais ce trouble disparaît bientôt comme tous les autres malaises de la période d'acclimatement ; il y a des neurasthéniques dont le sommeil reste irrégulier et insuffisant pen-

dant toute la durée de la cure et qui ne se reprennent à dormir d'un sommeil paisible que lorsqu'ils ont réintégré leur domicile. Il en est enfin, mais ces cas sont exceptionnels, qui, dès leur arrivée à la montagne, sont tourmentés par une insomnie telle qu'ils doivent interrompre leur cure. On observe à cet égard des idiosyncrasies, des susceptibilités individuelles qu'il est impossible de prévoir.

Ces données générales nous permettent d'établir les indications du climat de montagne dans le traitement de la neurasthénie. Ce climat exerce incontestablement une action stimulante et tonique sur les centres nerveux, sur les grandes fonctions de l'économie, la circulation, la respiration et la digestion; c'est pourquoi il peut être conseillé à la plupart des sujets atteints d'épuisement nerveux. Il est particulièrement indiqué dans les cas de cérébrasthénie, où prédominent les symptômes de dépression cérébrale, lorsque l'asthénie cérébrale, l'inaptitude au travail et la céphalée se sont développées sous l'influence du surmenage intellectuel ou de chagrins prolongés; dans les cas de neurasthénie cérébro-spinale peu grave qui s'accompagnent seulement d'atonie des voies digestives ou d'un léger degré d'anémie; enfin un séjour à la montagne est tout à fait favorable aux neurasthé-

niques convalescents dont la guérison, encore récente, demande pour ainsi dire à être consolidée.

Par contre, il faut se garder d'envoyer dans les stations dont l'altitude est égale ou supérieure à 1 000 mètres, les neurasthéniques dont la nutrition a déjà subi une atteinte sérieuse, ceux qui souffrent de la forme grave de l'atonie gastro-intestinale, ceux qui par suite de la longue durée et de l'intensité de leurs malaises ou par le fait d'une alimentation insuffisante, sont tombés dans un état de faiblesse et d'anémie qui les rend incapables de toute activité musculaire, ceux qui présentent des symptômes d'excitation cérébrale très prononcés, ceux encore chez lesquels l'éréthisme cardiaque a acquis une grande intensité et qui souffrent soit de palpitations violentes, soit de tachycardie permanente. Les hautes altitudes sont également peu favorables aux neurasthéniques rhumatisants, à ceux que tourmentent les obsessions anxieuses, l'agoraphobie notamment, ou qui sont sujets à de fréquents accès de vertige. Ces diverses catégories de malades devront s'installer, durant l'été, soit dans les plaines, soit dans les stations subalpines d'une altitude de 400 à 900 mètres, bien abritées des grands courants atmosphériques. Encore est-il nécessaire que la station qu'ils auront choisie pré-

sente tous les éléments du traitement qui leur est prescrit (confortable, surveillance médicale, hydrothérapie, etc.). Il y a en France, dans les Alpes de Savoie et le Dauphiné, plusieurs vallées admirablement situées et tout à fait propres au séjour des neurasthéniques. Mais les établissements qu'on y trouve sont généralement d'une installation défectueuse. Aussi la plupart de ces malades se dirigent-ils vers la Suisse.

Climats de plaine. — Les climats de plaine n'ont pas d'action spéciale sur les états neurasthéniques. Ils n'agissent d'une façon favorable sur les malades atteints d'épuisement nerveux que d'une manière indirecte. S'ils aident à l'efficacité du traitement dirigé contre l'asthénie nerveuse, c'est surtout parce que les sujets qui s'en vont séjourner dans une station de choix y trouvent, en même temps qu'ils s'éloignent de leur milieu habituel et des causes qui ont suscité le développement de leur névrose, un climat plus doux en hiver et moins chaud en été, leur permettant de séjourner au plein air durant la majeure partie du jour, des sites plus agréables, en un mot tout un ensemble de sensations nouvelles qui exercent une influence favorable à la fois sur leur état mental et leur état physique. Il y a lieu cependant de conseiller de préférence aux neurasthé-

niques, pour lesquels le climat de montagne et le climat maritime sont contre-indiqués, de s'installer au bord des lacs de la Suisse ou de l'Italie du Nord, ou tout simplement à la campagne, loin du bruit et du mouvement des villes ; c'est là seulement qu'ils trouveront le calme parfait et le repos qui leur sont nécessaires. Toute action climatérique mise à part, le séjour à la campagne exerce une influence on ne peut plus salutaire sur la plupart des symptômes de la neurasthénie. Il doit être surtout recommandé aux neurasthéniques qui habitent les villes. Nous l'avons maintes fois observé, une villégiature de quelques semaines suffit à produire, chez ces sujets, une amélioration que plusieurs mois de traitement à la ville n'avaient pu leur donner.

Ce sont surtout les neurasthéniques chez lesquels prédominent les symptômes d'excitation qui sont appelés à bénéficier d'un séjour à la campagne suffisamment prolongé et de l'isolement relatif qu'il réalise. La céphalée, l'insomnie, l'excitabilité des sens, l'émotivité, tels sont les troubles qui nous ont paru s'amender plus particulièrement.

Climats maritimes. — Le séjour au bord de la mer doit-il être conseillé ou interdit aux neurasthéniques? Cette question est très controversée. Beaucoup de neurasthéniques se dirigent spontanément

vers les stations de l'Océan en été, et vers les stations côtières de la Méditerranée en hiver (Riviera di Ponente, Hyères, Cannes, Nice, etc.). Il est certain que ces malades n'ont pas toujours à se louer de leur séjour, malgré qu'ils y aient vécu dans le calme et l'observance des règles d'une hygiène appropriée à leur état. C'est qu'en effet le climat maritime ne convient pas à tous les neurasthéniques. Sur les côtes, l'air est frais et vif et toujours en mouvement ; les coups de vent y sont fréquents, les bains de mer, même très courts, ont une action tonique des plus énergiques ; c'est pourquoi, en général, l'eau de mer et l'air marin n'agissent pas favorablement dans les cas où dominent les symptômes d'excitation : ils aggravent plutôt ces symptômes et quelquefois même provoquent l'apparition de nouveaux troubles. Certains malades sont pris d'insomnie ou s'éveillent fréquemment durant la nuit, qui jusqu'alors dormaient d'un bon sommeil ; d'autres se plaignent plus particulièrement vers le soir d'une sorte de vague malaise fait de surexcitation mentale, d'énervement accompagné d'accélération notable du pouls et de sensation de chaleur à la peau ; il en est qui sont tourmentés par des palpitations cardiaques. Les neurasthéniques arthritiques hyperesthésiques, ceux dont l'épuisement nerveux se complique de manifestations

hystériques, ceux qui sont sujets à des crises d'anxiété, ceux encore qui sont sous le coup d'une dépression morale intense et qui, habituellement tristes, présentent une grande tendance à la mélancolie, se trouvent généralement fort mal d'un séjour au bord de la mer. De même les neurasthéniques qui souffrent ordinairement de douleurs rhumatoïdes accusent fréquemment une aggravation de leurs souffrances. A tous ces malades les climats maritimes, même très secs, doivent être déconseillés.

Par contre le séjour au bord de la mer donne souvent de bons résultats chez les sujets frappés d'épuisement nerveux à la suite de fatigues physiques excessives ou de travaux intellectuels exagérés, et, d'une manière générale, dans tous les cas où les phénomènes d'éréthisme et d'excitation font à peu près défaut et où prédominent les symptômes de langueur et de faiblesse, tels que l'asthénie musculaire, l'inaptitude au travail, la paresse des fonctions digestives. Il va sans dire que les neurasthéniques qui se rendent pour y séjourner dans une station de bains de mer doivent s'installer près d'une plage tranquille, loin des villes d'eau à la mode, se tenir à l'écart de la vie mondaine qu'on y mène et des mille causes de fatigue ou d'excitation qui s'y trouvent généra-

lement réunies. On comprend qu'une pareille villégiature ne serait guère plus hygiénique ni plus profitable au patient que le séjour dans une grande ville quelconque.

Voyages. — Doit-on conseiller les voyages aux neurasthéniques? On ne saurait tracer à cet égard de règle absolue. Il en est des voyages comme de tous les autres moyens employés dans le traitement de l'asthénie nerveuse : ils peuvent produire des effets heureux ou nuisibles, suivant qu'ils sont prescrits bien ou mal à propos. C'est, pour le médecin, affaire de jugement et de tact.

Il est certain que beaucoup de praticiens invitent d'une manière quelque peu banale tous leurs névropathes à voyager. Or il arrive fréquemment que les neurasthéniques, ainsi transformés en touristes par ordre médical, voient leur état s'aggraver après quelques semaines de pérégrinations : la plupart, leur exode étant accompli, constatent amèrement qu'ils sont tout aussi malades qu'ils l'étaient au jour du départ. Beard et Charcot ont adressé de fortes et ironiques critiques à ces confrères qui prescrivent invariablement de longs voyages à leurs clients neurasthéniques, sans en mesurer ni les indications ni les contre-indications. Pour apprécier à sa juste valeur une sem-

blable méthode, il suffit de se représenter ces voyageurs neurasthéniques souffrant d'asthénie musculaire, toujours fatigués, qu'une simple promenade épuise, s'embarquant pour des pays lointains, quittant le bateau pour prendre le train, allant de ville en ville, passant des jours entiers à visiter les monuments et les musées, excursionnant toujours, et dyspeptiques, condamnés à changer sans cesse d'alimentation et de régime. Il est clair qu'un pareil genre de vie est peu fait pour restaurer l'équilibre et l'énergie de leur système nerveux épuisé. On sait que tous les sujets atteints de neurasthénie grave, les débilités, ceux qui souffrent d'atonie gastro-intestinale doivent garder le repos. Il leur faut une vie calme et régulière. Il est évident que les voyages ne leur conviennent nullement et, soit qu'ils restent chez eux, soit qu'ils aillent à la campagne, à la montagne ou au bord de la mer, une fois installés dans leur nouveau séjour, ils devront s'abstenir des déplacements et des excursions qui les fatigueraient sans profit. Seuls les cérébrasthéniques, qui ont conservé toute leur force musculaire, qui sont capables de marcher, d'accomplir des promenades un peu longues sans en éprouver trop de fatigue, pourront tirer avantage d'un voyage prudemment conduit. La diversité des images qui se déroulent

devant leurs yeux; les impressions nouvelles et agréables qu'ils éprouvent au cours de leurs déplacements, agissent favorablement sur leur esprit en modifiant leurs dispositions morales. Mais encore faut-il que ces malades n'abusent pas des excursions, qu'ils évitent tout excès de fatigue physique et surtout qu'ils n'emportent pas avec eux, en quittant leur domicile, les préoccupations et les soucis dont il faudrait précisément les distraire. Malheureusement cette dernière condition, si importante, est souvent bien difficile à réaliser. A quoi bon conseiller un voyage lointain et de longue durée, par exemple, à un commerçant, à un industriel, s'il abandonne à contre-cœur « sa maison », si l'inquiétude et la crainte d'une mauvaise gestion de ses affaires l'accompagnent?

Par contre, voici un sujet qui a été frappé de neurasthénie cérébrale à la suite d'excès, de surmenage ou de quelque deuil se rattachant à un événement définitif et sur lequel il n'y a plus à revenir; s'il part sans regret, ne laissant derrière lui aucun sujet d'inquiétude, emportant en quelque sorte toute sa peine morale, ce malade ne pourra que bénéficier d'un voyage à long cours, qui l'éloignera pour longtemps du milieu dans lequel sa maladie s'est développée. Mais, dans la majorité des cas, ce sont plutôt les petits voyages qui sont

indiqués; Beard, Ziemssen recommandent aussi les déplacements de courte durée dans un site bien choisi et pas trop éloigné

« A tous ces cérébrasthéniques dont le cerveau souffre d'un travail intensif et de vives préoccupations, écrit Bouveret, je prescris d'aller passer quelques jours ou quelques semaines dans les montagnes de la Suisse ou du Dauphiné pendant l'été, au bord de la Méditerranée pendant l'hiver. Ils n'abandonnent pas complètement leurs affaires; ils les quittent volontiers pour quelques jours. Ils vont se reposer sans emporter avec eux le souci de sentir leurs entreprises péricliter pendant une longue absence. Arrivés au but du voyage, ils y passent quelques jours dans le calme et le repos du corps et de l'esprit. » Ce conseil nous paraît excellent, car un voyage de ce genre peut être effectué deux ou plusieurs fois chaque année sans grand dommage pour les occupations professionnelles. Mais il faut interdire aux malades de se livrer durant leurs villégiatures à des marches trop prolongées, à des excursions trop fréquentes. Ils doivent absolument éviter toute fatigue physique.

CHAPITRE VI

EXERCICE ET GYMNASTIQUE

L'exercice musculaire produit, on le sait, lorsqu'il est convenablement adapté au sujet qui s'y adonne, des effets physiologiques on ne peut plus favorables.

Il active la circulation sanguine, accroît les échanges respiratoires en amplifiant et en accélérant le jeu des poumons ; il excite aussi indirectement le fonctionnement de tous les organes, y compris les organes sécréteurs, et surélève la nutrition générale des tissus ; enfin, en provoquant la contraction des muscles des parois abdominales, il produit une sorte de massage des organes creux situés dans cette cavité, qui peut faciliter la circulation des matières qu'ils contiennent. Indépendamment de ces effets locaux ou généraux, les exercices du corps produisent encore sur les centres nerveux une série d'incitations dont la valeur hygiénique et thérapeutique ne saurait être contestée et qui doivent par conséquent être utilisées

dans le traitement des états neurasthéniques. Mais il ne suffit pas de prescrire l'exercice musculaire d'une manière vague, en laissant au malade le soin de discerner quel est le genre et la dose d'exercice qui lui convient : on s'exposerait ainsi à de cruels mécomptes. Il n'est pas rare de voir le patient aggraver son état pour s'être livré à un travail musculaire excessif ou mal réglé. Le choix d'un exercice et sa réglementation est un élément important dans le traitement de la neurasthénie et qui exige toute l'attention du médecin. Il varie naturellement suivant l'état général du malade et suivant le degré et la forme de son affection ; mais il n'est, à vrai dire, aucun cas dans lequel l'exercice musculaire ne doive figurer sous une forme ou sous une autre, dans la thérapeutique hygiénique de l'épuisement nerveux.

Il y a tout un groupe de malades auxquels il semble au premier abord que tout travail musculaire doive être interdit ; tels sont les sujets qui, par suite de troubles gastro-intestinaux graves et prolongés, sont tombés dans un état d'amaigrissement et de faiblesse profond, ceux dont l'asthénie musculaire est extrême et que quelques légers mouvements suffisent à épuiser. Ces neurasthéniques cependant ne doivent pas, comme on pourrait le croire, être laissés au repos absolu.

Une inertie musculaire complète leur serait tout aussi nuisible qu'un travail exagéré, mais il est évident que seuls les procédés d'exercice les plus doux conviennent à ces malades et que, pour eux plus que pour tous les autres, la règle du dosage progressif du travail, de l'entraînement lent et méthodique doit être rigoureusement obéie. Les neurasthéniques dont il s'agit ici sont constamment en imminence de fatigue : leur réserve d'énergie neuro-motrice est pour ainsi dire nulle et le moindre mouvement volontaire suffit à les accabler. C'est pourquoi on ne saurait leur prescrire, du moins au début, d'autre travail musculaire que celui réalisé par les mouvements passifs et les pratiques du massage ; le malade étant en repos, les mouvement communiqués réalisent en effet, comme ceux produits par la contraction volontaire des muscles (mais sans aucune dépense d'énergie neuro-motrice, et partant sans fatigue fonctionnelle des centres nerveux), toute une série d'excitations musculaires, tendineuses, cutanées, que les nerfs sensitifs transmettent aux éléments cellulaires de ces centres. Ces excitations périphériques déterminées par le massage, qui n'est qu'un mode de mouvement passif, ou par les mouvements communiqués proprement dits, tendent à tenir en éveil l'activité physiologique des cellules nerveuses

motrices; elles exercent sur elles des incitations légères; l'image même du mouvement accompli concourt au même résultat, c'est-à-dire à conserver l'aptitude fonctionnelle des centres, sans qu'il puisse en résulter de fatigue pour le patient soumis à ce genre d'exercice. Les exercices passifs et le massage offrent encore le précieux avantage de favoriser la circulation périphérique; ils constitueront donc la gymnastique de choix dans les formes graves de l'épuisement nerveux, et notamment dans les cas où l'asthénie musculaire est accentuée. C'est pourquoi ils figurent si heureusement dans le traitement systématique préconisé par Weir-Mitchell pour la cure de la neurasthénie féminine; en exposant sa méthode, nous verrons qu'au début du traitement les malades sont soumises au repos musculaire, d'où paresse et lenteur de la circulation périphérique, aggravation de l'atonie gastro-intestinale, si le massage, les mouvements passifs et l'électrisation faradique des muscles ne venaient parer à ces inconvénients. Et ce n'est que peu à peu, alors que l'alimentation et la nutrition générale se sont sensiblement améliorées, que l'on en vient à permettre à la malade des mouvements volontaires, faibles et rares d'abord, et dont on accroît progressivement la dose au fur et à mesure que les forces de la patiente se relèvent sous l'influence du calme,

du repos et de la diététique alimentaire qui lui ont été imposés.

Lorsque ces neurasthéniques sont entrées en pleine convalescence, lorsqu'elles sont capables de se tenir debout, de marcher sans fatigue durant un laps de temps plus ou moins long, elle sont dès lors justiciables des procédés d'exercice que l'on peut appliquer d'emblée aux formes légères de l'épuisement nerveux. Les cérébrasthéniques, les sujets atteints de neurasthénie cérébro-spinale, mais qui ne présentent qu'un léger degré d'asthénie musculaire, ceux surtout dont l'impuissance motrice relève de l'affaissement de la volonté, de l'aboulie ou d'anciennes habitudes de désœuvrement, devront se livrer à quelque exercice actif.

En pareil cas le médecin doit savoir déterminer exactement la dose d'efforts et choisir la forme de mouvement qui conviennent à chaque malade ; c'est là, comme le fait très justement remarquer F. Lagrange[1], le secret de la thérapeutique par l'exercice ; c'est là aussi un problème qui, en ce qui concerne les neurasthéniques, n'est pas toujours facile à résoudre.

D'une manière générale, il va sans dire que les exercices de force, la gymnastique à l'aide des

1. F. Lagrange, *La Médication par l'exercice.*

appareils, les jeux athlétiques doivent être systématiquement écartés du régime des neurasthéniques ; quelque atténué que soit le degré d'épuisement nerveux que ces malades présentent, cette gymnastique est trop brutale ; il ne saurait en être ici question.

Ce sont les exercices naturels et les « jeux » de plein air qu'il faut conseiller aux malades. Cependant, au début du traitement, et en manière de préparation aux exercices libres, il sera bon de les soumettre quelque temps aux mouvements de la gymnastique médicale, telle que la pratiquent les médecins suédois. Cette gymnastique « à deux », que nous n'avons pas à décrire ici, de même que la gymnastique « mécanique » inventée par Zander, permet en effet plus que toute autre de doser exactement l'exercice musculaire et au besoin de le localiser. C'est pourquoi elle nous paraît constituer une excellente méthode d'entraînement pour les neurasthéniques depuis longtemps accoutumés à une inertie musculaire plus ou moins complète. Convenablement appliquée, elle n'impose au patient qu'une tâche graduée et toujours un peu au-dessous de ses forces, et c'est là une condition essentielle du relèvement progressif de son énergie musculaire. Mais elle offre un sérieux inconvénient : c'est son manque d'attrait ; beaucoup de neuras-

théniques ont vite fait de s'en désintéresser. Les pratiques de la gymnastique médicale ne doivent donc, croyons-nous, être utilisées dans le traitement de l'épuisement nerveux qu'à titre transitoire et comme un stage préparatoire aux mouvements plus libres, plus actifs des exercices de plein air.

Les jeux comme le croquet, le tennis, le ballon, les exercices de sport comme la marche, la bicyclette, l'équitation, l'aviron, etc., produisent des effets plus généraux que la gymnastique méthodique. Ils stimulent mieux les grandes fonctions vitales, la respiration, la circulation, et ils sont en outre *récréatifs* : c'est là un avantage dont l'importance est grande dans le traitement des états neurasthéniques; l'intérêt, le plaisir qu'y prennent les malades agissent favorablement sur leurs centres nerveux. Ces occupations récréatives, en même temps qu'elles écartent de l'esprit du patient les préoccupations hypocondriaques et les idées tristes, lui redonnent la confiance en ses propres forces. Aussi faut-il, à moins de contre-indications particulières, laisser au neurasthénique en état de se livrer à ces exercices la liberté de choisir celui qui a pour lui le plus d'attrait. Mais le médecin ne doit jamais perdre de vue que ces exercices libres et naturels doivent être réglementés et dosés aussi bien que les exercices

méthodiques, que le précepte de l'entraînement progressif doit être ici plus que jamais rigoureusement appliqué. C'est à cette condition seulement que l'exercice sera un utile adjuvant dans le traitement hygiénique de l'épuisement nerveux.

Si cette règle n'est pas soigneusement respectée, l'exercice le plus simple et le plus naturel, une marche par exemple, trop longtemps prolongée, ne manquera pas de produire le surmenage, et partant une aggravation de l'état du sujet. Le principe de la méthode préconisée par Œrtel dans le traitement de l'obésité nous paraît être de tous points applicable à la réglementation des exercices physiques permis aux neurasthéniques.

SEPTIÈME PARTIE

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE ET TRAITEMENT DE QUELQUES FORMES CLINIQUES DE L'ÉPUISEMENT NERVEUX

CHAPITRE I

NEURASTHÉNIE FÉMININE. — TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE DE WEIR-MITCHELL

Nous avons esquissé précédemment le tableau clinique de cette forme particulière d'épuisement nerveux qu'on appelle la *Neurasthénie féminine*; nous n'avons donc pas à le retracer ici. Rappelons-en seulement les traits essentiels : les malades sont dans un état de dépression morale extrêmement profonde; le découragement, l'impuissance à vouloir, l'asthénie musculaire sont tellement accusés chez ces femmes qu'elles sont incapables de tout effort; elles languissent dans une inactivité

perpétuelle, gardent constamment le lit ou la chaise longue, voilà pour l'état mental; quant à leur condition physique elle est généralement tout aussi misérable. Si quelques-unes d'entre elles ont conservé un certain embonpoint, la plupart sont considérablement anémiées et amaigries; car étant ou ayant été dyspeptiques, elles se sont accoutumées peu à peu à manger insuffisamment, soit parce qu'elles redoutent les malaises qui accompagnent le travail de la digestion, soit tout simplement parce qu'elles n'ont plus le courage de manger; souvent, en effet, leur anorexie est de même nature que l'anorexie des hystériques, c'est-à-dire qu'elle dépend bien plus de l'état mental que d'un trouble réel des fonctions digestives. Ces faits ont été remarquablement observés et décrits par Weir-Mitchell. Le mérite de cet auteur est précisément d'avoir su apercevoir les deux éléments fondamentaux du syndrome morbide de la neurasthénie féminine : l'asthénie mentale et la dénutrition organique par insuffisance d'apport alimentaire, qui se prêtent un mutuel appui et concourent l'une et l'autre à entretenir indéfiniment l'épuisement nerveux. Tels sont les cas que Weir-Mitchell a eus plus particulièrement en vue lorsqu'il a formulé les règles du traitement systématique qui porte aujourd'hui son nom. La caractéristique de

ce traitement c'est de s'adresser à la fois et méthodiquement à l'état mental et à l'état physique de la patiente ; il remplit ainsi, de la façon la plus heureuse, la double indication thérapeutique qui s'impose lorsqu'on se propose d'obtenir la guérison de la neurasthénie féminine : refaire de la graisse et du sang à ces femmes amaigries et anémiques, afin de restaurer d'une façon durable la nutrition et l'activité des centres nerveux, et en même temps réveiller leur énergie morale, car la déchéance de la volonté est un obstacle au succès de tous les moyens de traitement.

Cette méthode thérapeutique a déjà donné des preuves d'une remarquable efficacité, et, bien qu'elle s'adresse aux formes graves et invétérées de la neurasthénie, on compte à son actif de nombreux cas de guérison ; elle a fait mieux apprécier la supériorité des agents physiques sur les médicaments, et mieux sentir en même temps l'importance du traitement moral. Par là elle a été l'origine des progrès qui ont été accomplis dans le cours de ces dernières années, dans le traitement de l'épuisement nerveux.

Nous allons exposer aussi fidèlement que possible la méthode de Weir-Mitchell. Ce qui en constitue l'originalité, c'est l'association rationnelle des divers agents hygiéniques et thérapeutiques

qui ont été proposés contre l'épuisement nerveux. la combinaison systématique de l'isolement, du repos, du massage, de l'électricité et d'une diététique spéciale qui tend à l'engraissement de la patiente par la suralimentation.

L'*isolement* est nécessaire, c'est là une condition indispensable à la réussite du traitement. Il doit être complet, rigoureux et continué jusqu'à la fin de la cure. La malade doit donc être placée hors de sa maison et privée de toute communication directe ou écrite avec sa famille. Weir-Mitchell a insisté avec raison sur la nécessité qu'il y a à imposer cette mesure à la patiente et à ses parents. L'isolement relatif est sans valeur; il entraîne l'échec du traitement d'autant plus sûrement que l'affection est plus ancienne et plus grave. « Séparez la malade, écrit Weir-Mitchell (1), de l'entourage moral et matériel qui est devenu partie intégrante de sa vie de valétudinaire, et vous aurez amené un changement non seulement excellent par lui-même, mais encore extrêmement avantageux au point de vue du succès du traitement que vous vous proposez d'appliquer. Faut-il dire que ce premier pas n'est pas essentiel lorsque la

1. Weir-Mitchell, *Du traitement méthodique de la Neurasthénie et de quelques formes de l'Hystérie*, trad. de O. Jennings. Paris, 1888.

malade, anémique, affaiblie et amaigrie, est tombée dans cet état par des causes bien définies, tel qu'un surcroît de travail ou une dyspepsie prolongée? J'ai surtout en vue ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives, à sang trop clair, pour lesquelles un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait presque dire chérie. Pour ces dernières il n'est souvent pas de succès possible que l'on ait arrêté ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, et qu'on en ait fini avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car non seulement nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage. » Ainsi donc il est vraiment indispensable de soustraire la patiente au milieu dans lequel elle a longtemps souffert ainsi qu'aux soins exagérés, aux commentaires incessamment renouvelés sur ses malaises et ses troubles qui lui sont prodigués par les personnes de son entourage et qui ne font que cultiver l'état de dépression mentale et de découragement où s'entretient et s'aggrave sa maladie.

Il faut autant que possible placer la malade dans un établissement spécial où elle trouvera un

médecin qui surveillera la mise en œuvre des mesures thérapeutiques dont se composera le traitement. Une garde-malade doit être attachée au service de la patiente. Le choix de cette garde ne doit pas être indifférent; la réussite ou l'insuccès du traitement peuvent en dépendre. Le rôle de la garde est en effet des plus importants: elle ne doit pas être seulement assez exercée pour exécuter à souhait les prescriptions du médecin: il faut encore qu'elle soit suffisamment douée sous le rapport de l'intelligence et du caractère pour bien comprendre la tâche qui lui incombe et pour y apporter tout le tact et toute la fermeté nécessaires. Il ne faut pas oublier que cette femme sera pendant des semaines et des mois l'unique compagne de la malade. Elle doit être assez aimable et bienveillante pour ne s'attirer ni sa haine ni son aversion, assez habile pour la distraire par ses conversations et ses lectures et pour l'aider à supporter patiemment et les soins qui seront recommandés et l'ennui d'un long isolement, assez ferme enfin et assez intelligente pour exercer sur elle un certain ascendant et lui imposer sans rigueur la discipline du traitement. Il serait absurde, on le conçoit aisément, de donner pour garde à une femme d'esprit cultivé une infirmière tout à fait illettrée et sans éducation, ou, comme nous l'avons

vu quelquefois, une toute jeune fille sans expérience et sans autorité.

Ainsi séparée du monde extérieur, la malade ne reçoit d'autre visite que celle de son médecin. C'est à lui qu'il appartient d'exercer sur l'esprit de la patiente cette action suggestive et réconfortante si nécessaire au relèvement de son énergie morale, de lui redonner enfin par ses paroles et son attitude la confiance qu'elle a perdue et la volonté de guérir. Nous avons déjà dit combien ce rôle du médecin est délicat et difficile, et combien il exige de sa part de patience et de tact.

Il arrive assez souvent que l'isolement est mal supporté par la malade durant les premiers jours qui suivent la séquestration. Les troubles neurasthéniques s'aggravent. la patiente s'énerve, s'agite, réclame impérieusement qu'on la ramène chez elle. Mais tout cet émoi et cette agitation se calment vite si par son langage et son attitude le médecin lui fait vite sentir que ses supplications sont inutiles et qu'elle s'insurgerait en vain contre une volonté éclairée et supérieure à la sienne. La plupart des malades ne tardent pas à se faire à leur nouvelle existence et, d'ailleurs, les repas, les séances de massage ou d'électrisation, les visites médicales, les conversations et les lectures remplissent aisément toutes les heures du jour, en

rompant à des intervalles réguliers la monotonie de leur réclusion.

La durée de l'isolement varie nécessairement d'un cas à l'autre. Elle est en moyenne de deux à trois mois. L'isolement ne doit être levé que lorsque l'état mental de la patiente s'est profondément amélioré, lorsqu'elle a récupéré une énergie morale et une activité d'esprit telles qu'elle puisse reprendre sans fléchir ses occupations et sa vie normale.

Le *repos* est un autre élément du traitement de Weir-Mitchell qui est tout aussi indispensable que l'isolement. Pendant les premières semaines de la cure il doit être complet, absolu. La malade est placée dans un état d'inactivité totale; elle est couchée dans son lit; elle est obligée à un silence relatif; toute occupation active lui est interdite: elle ne doit ni se lever ni se servir de ses mains sous aucun prétexte. La garde doit la faire manger, la soulever si besoin est, la traiter en un mot comme s'il s'agissait d'un sujet sous le coup d'une fièvre adynamique grave. L'auteur américain insiste sur la nécessité de ce repos absolu de l'intelligence, des sens et du système musculaire. Cette condition est, dit-il, éminemment favorable à la réparation des centres nerveux, au relèvement de la force motrice, à l'apaisement des sensations

douloureuses. En outre, dès que les malades commencent à en ressentir l'influence salutaire, ils se prennent à désirer le mouvement, à souhaiter ardemment leur retour à l'activité, et cette disposition d'esprit est encore un précieux adjuvant au traitement de l'asthénie musculaire.

Mais si l'immobilité a ses avantages, elle offre aussi de sérieux inconvénients ; elle tend à diminuer l'appétit, à accroître l'atonie gastro-intestinale et la constipation, à maintenir enfin la circulation périphérique dans un état de torpeur nuisible à la nutrition générale. C'est pour obvier à ces inconvénients que Weir-Mitchell a très ingénieusement associé au repos au lit le massage et la faradisation des masses musculaires.

Le *massage* doit être pratiqué autant que possible par la garde-malade. Il agit sur la peau dont il ranime la circulation et les sécrétions, et sur les muscles en excitant leur fonctionnement et partant leur nutrition. Il détermine aussi une accélération notable du cœur et même un léger accroissement de l'excrétion de l'urée (Weir-Mitchell). Voici quelle en est la technique : après avoir enduit la surface cutanée avec de la vaseline ou de l'huile d'amandes douces légèrement aromatisée, on procède à la première manœuvre qui consiste dans le pincement et les frictions de la peau. On saisit la

peau entre le pouce et les autres doigts en la mobilisant sur le tissu cellulaire sous-cutané: il faut agir d'abord avec beaucoup de modération, puis, en allant progressivement, on augmente la force et la durée du travail mécanique. Les frictions doivent être pratiquées avec le bord cubital de la main ou avec la main tout entière posée à plat, en procédant de l'extrémité vers la racine des membres. Pour malaxer les muscles on en prend les différentes parties avec le talon de la main ou le bord externe du pouce: puis on les percute avec le bord cubital de la main en les frappant de petits coups brefs. Pendant ces manœuvres il est nécessaire que la malade s'abandonne bien et s'abstienne de résister aux efforts de l'opérateur: il faut que ses muscles soient dans un état de relâchement complet et par conséquent que les divers segments du membre soient placés dans l'attitude qui favorise le mieux ce relâchement. Ces manœuvres doivent être poursuivies successivement sur les divers segments des membres, sur les muscles du dos et de l'abdomen. Seuls les muscles de la face et du cou seront respectés.

Le massage de l'abdomen agit efficacement contre la constipation. Il consiste en une série de frictions et de pressions douces d'abord, puis de plus en plus énergiques et exercées sur le trajet du

gros intestin, en suivant la direction du côlon ascendant, du côlon transverse et du côlon descendant. Enfin il est nécessaire d'imprimer aux diverses articulations des mouvements passifs et aussi étendus que possible.

Dans les cas de neurasthénie grave dont il s'agit ici, les séances, au début du traitement, doivent être courtes; vingt minutes suffisent tout d'abord, puis la durée en est progressivement augmentée; elle ne doit pas dépasser trois quarts d'heure, une heure au plus. Les séances doivent être quotidiennes. Bien conduites, les manœuvres du massage ne produisent ni douleur ni fatigue excessive. Dans les points qui sont le siège d'hyperesthésies ou de douleurs, il est naturellement indiqué de procéder avec beaucoup de douceur, au moins dans les premières séances. Bientôt l'accoutumance s'établit et l'on voit des malades supporter, après quelques jours de traitement, des frictions et des pressions énergiques dans des régions où le moindre attouchement suffisait à provoquer de vives douleurs.

L'*électrisation* faradique des masses musculaires, en amenant des contractions répétées, produit des effets à peu près identiques à ceux du massage. Weir-Mitchell préconise les courants interrompus à intermittences lentes, parce qu'ils sont mieux

tolérés que les courants à interruptions rapides. La séance de massage ayant lieu le matin, celle de faradisation est pratiquée dans l'après-midi. La durée en est de vingt à trente minutes environ.

Toutes ces manœuvres, toutes ces excitations mécaniques portant sur la peau et les muscles concourent en somme au même but : elles permettent de laisser les centres nerveux dans une inactivité complète tout en entretenant le bon fonctionnement et la nutrition des muscles et des articulations; elles réalisent des exercices musculaires passifs dont les bons effets se font sentir sur les fonctions digestives, sur la circulation et sur la nutrition générale, ou, en d'autres termes, une gymnastique à l'accomplissement de laquelle les centres nerveux encéphaliques et médullaires ne prennent aucune part.

Voici comment Weir-Mitchell dose et réglemente le repos et le massage dans le traitement de la forme grave de la neurasthénie : la malade est maintenue au repos complet, absolu, pendant les premiers jours ; après sept ou huit jours d'immobilité, il permet à la patiente de s'asseoir sur son lit pendant une, deux ou trois heures chaque jour. Vers la fin de la troisième ou de la quatrième semaine, la malade est autorisée à se lever et à rester assise une ou deux heures, soit le matin, soit dans l'après-

midi; dans la seconde moitié du second mois, la station verticale est permise pendant six ou huit heures; c'est alors que la malade commence à marcher. Ses promenades se bornent tout d'abord à quelques pas. Il est bon que le médecin assiste à ces premières tentatives de déambulation pour en régler lui-même l'allure et la durée, de façon à augmenter progressivement l'exercice musculaire.

Pendant le troisième mois la malade est devenue une convalescente qui peu à peu récupère toute l'activité d'une femme en bonne santé, et, si le cas est favorable, elle est alors invitée à reprendre la vie commune. Mais il est clair qu'il n'y a pas de règles absolues et que les temps de repos et d'exercice doivent être dosés, au moment où l'amélioration s'affirme, suivant les indications propres à chaque cas particulier.

En ce qui concerne le massage, il est bon de n'y avoir recours qu'au bout de cinq à six jours de repos complet. Les séances seront d'abord très courtes (de vingt à trente minutes) et quotidiennes, puis on en augmentera la durée progressivement jusqu'à ce qu'elle soit d'une heure. Vers la fin du traitement, quand la malade commence à marcher, on revient aux séances d'une demi-heure, puis on les espace de deux jours en deux jours. On cesse complètement le massage et la faradisation au

moment où la malade est capable de rester debout, d'aller et de venir toute la journée.

Diététique; suralimentation. — Cette diététique a une grande importance, mais avant de l'instituer il est indispensable de se rendre compte de l'état des fonctions gastriques. Elle est aisément tolérée lorsque la malade est seulement affectée d'atonie gastro-intestinale, et mieux encore quand l'anorexie relève à peu près exclusivement de l'état mental, et qu'elle n'a, en somme, comme l'anorexie des hystériques, que la valeur d'une idée fixe. Par contre, il convient d'appliquer la méthode avec plus de prudence et de modération lorsqu'il s'agit d'une malade depuis longtemps dyspeptique et qui en est arrivée à la phase de dilatation permanente avec stase et fermentations acides. Dans les cas où l'ectasie gastrique s'est compliquée à la longue de catarrhe stomacal, il nous paraît préférable de rechercher et d'obtenir, par un traitement local et des soins particuliers, l'amélioration des fonctions de l'estomac, avant d'appliquer le régime alimentaire préconisé par Weir-Mitchell. Voici quels sont les préceptes formulés par cet auteur touchant la diététique : dans la presque totalité des cas on débute par le régime lacté. La malade absorbe chaque jour de 2 à 3 litres de lait, par prises de

260 grammes, toutes les deux heures. Après sept ou huit jours de diète lactée, la patiente fait à midi un léger déjeuner, composé d'une côtelette. Puis, au bout de trois ou quatre jours, on élève progressivement la ration alimentaire en ajoutant à la ration précédemment indiquée une tranche de pain beurré, deux ou trois fois par jour. Vers le dixième ou le quinzième jour, la malade fait trois repas complets tout en continuant à prendre, soit aux repas, soit dans les intervalles, de un litre et demi à 2 litres de lait. A partir du vingtième jour on lui donne en outre, au moment des repas, environ 100 grammes d'extrait de malt liquide destiné à favoriser la digestion. On peut encore prescrire la « soupe de bœuf » (*beeftea*) : c'est une infusion de viande de bœuf préparée au bain-marie et additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique et filtrée.

M. Weir-Mitchell estime que le beurre doit entrer pour une large part dans l'alimentation. En hiver il prescrit même une ou deux onces d'huile de foie de morue et, si l'estomac tolère mal ce corps gras, il le fait prendre en lavement associé à une infusion de pancréas préparée à une température de 60 à 80 degrés. Enfin il permet une certaine dose d'alcool, sous la forme de quelques gouttes de whisky ou de deux verres de champagne.

Tous les médicaments, bromures, chloral, morphine, etc., dont ces malades sont pour la plupart habituées à user et même à abuser, doivent être supprimés. Weir-Mitchell se borne à conseiller, pour combattre la constipation, de 5 à 10 centigrammes d'extrait aqueux d'aloès que la malade prend vers le soir. Il prescrit encore le fer contre l'anémie.

Telle est la méthode de thérapeutique préconisée par l'auteur américain dans les formes graves et invétérées de la neurasthénie féminine. Elle vise, ainsi que nous le disions au début de ce chapitre, les deux grands symptômes de cet état neurasthénique, à savoir la dépression de l'énergie morale et de la volonté, ainsi que l'amaigrissement et l'anémie causés par l'insuffisance de l'alimentation. Si l'on réfléchit quelque peu aux indications que comporte un pareil syndrome, on reconnaîtra que ces indications sont parfaitement remplies par ce traitement, d'où la pharmacopée est exclue, et dont la psychothérapie et l'hygiène thérapeutique font en somme tous les frais.

En Angleterre, Playfair a beaucoup contribué à répandre le traitement de Weir-Mitchell. En France, Charcot, Bouveret, Déjerine et quelques autres cliniciens (dont nous-même) l'ont également expérimenté avec succès. Si parfois il ne produit

qu'une amélioration passagère, il a donné, dans un très grand nombre de cas, des guérisons complètes et définitives. On peut donc affirmer hautement sa très réelle valeur.

En Allemagne, Leyden, Biswanger, Burkart ont apporté à la diététique de Weir-Mitchell des modifications plus ou moins heureuses.

Leyden recommande le régime d'engraissement que voici :

Le matin.

A 7 heures :	500 c. c. de lait à prendre en 30 minutes.
8 —	1 petite tasse de café avec crème; 80 gr. de viande froide; 3 tranches de pain blanc beurré; 1 assiette de pommes de terre frites.
10 —	500 c. c. de lait, 3 biscottes.
Midi	500 c. c. de lait.

Après-midi.

A 1 heure :	Bouillon; 200 gr. de volaille. Pommes de terre, légumes, compote de fruits. Pâtisserie.
3 h. 1/2	500 c. c. de lait.
5 h. 1/2	80 gr. de viande rôtie, 2 tranches de pain blanc beurré.
8 heures	500 c. c. de lait.
9 h. 1/2	500 c. c. de lait et une biscotte.

Aux malades qui ressentent une aversion marquée pour le lait, Biswanger conseille le régime suivant :

Pendant la première et la deuxième semaines de la cure :

A 7 heures : 125 gr. de cacao cuit au lait.
9 — 1 tasse de bouillon, 30 gr. de pain de Graham (pain complet) et 10 gr. de beurre.
11 — 1 petit verre de vin blanc de Hongrie et 1 jaune d'œuf.
1 — de 80 à 100 gr. de soupe, 500 gr. de viande rôtie. 10 gr. de pommes de terre. 7 gr. de légumes. 20 gr. d'entremets au riz.
4 — 1/2 litre de lait.
6 — 20 gr. de viande, 20 gr. de pain, 5 gr. de beurre.
8 — 1/4 de litre de soupe avec un jaune d'œuf.
9 h. 1/2 1/4 de litre de lait.

Et pendant les troisième, quatrième, cinquième et sixième semaines :

A 7 heures : 125 gr. de cacao au lait.
9 — 1 tasse de bouillon. 50 gr. de viande. 50 gr. de pain de Graham, 15 gr. de beurre.
11 — 1 petit verre de vin de Hongrie et 1 jaune d'œuf.
A 1 heure : 25 gr. de soupe. 80 gr. de rôti. 50 gr. de pommes de terre, 35 gr. de légumes, 70 gr. d'entremets sucré. 50 gr. de compote.
4 — 200 gr. de cacao.
6 — 100 gr. de viande rôtie, 50 gr. de pain. 15 gr. de beurre.
8 — 250 gr. de soupe (avec 20 gr. de beurre et 1 jaune d'œuf), compote de fruits.
9 h. 1/2 1/2 litre de lait.

Ces auteurs ont cherché également, mais sans y réussir, à préciser les indications et les contre-indications de la méthode. Burkart, Leyden estiment que l'isolement hors de la famille est une mauvaise condition pour les malades qui présentent des symptômes d'excitation ; que le traitement systématique de Weir-Mitchell ne convient pas

aux cérébrasthéniques, ni aux sujets qui souffrent de douleurs viscérales ou de douleurs névralgiques dans les membres. Burkart fait remarquer avec raison que, pour pouvoir bénéficier de la cure de Weir-Mitchell, les malades doivent posséder une certaine intelligence du but poursuivi. Cet auteur, du reste, a appliqué la méthode à peu près dans toutes les formes de la neurasthénie à des hommes et à des femmes. Dans sa dernière publication (1) il donne les résultats qu'il a obtenus dans 43 cas. Sur ces 43 cas, 31 ont été suivis de guérison, mais cette statistique comprend aussi quelques cas d'affections hystériques.

Au résumé, nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, le mieux est de s'en tenir aux indications posées par Weir-Mitchell et Playfair.

1. Burkart, *Die Behandl. der Hysterie und Neurastenie* (Berlin. klin. Wochenschr., 1891, n° 47).

CHAPITRE II

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE LA NEURASTHÉNIE GÉNITALE

Le traitement de cette forme doit tendre plus particulièrement à améliorer l'état physiologique de l'appareil génital et surtout à modifier l'état mental toujours profondément troublé du patient. Le traitement local a ici une grande importance. Beard, dans sa monographie sur la neurasthénie génitale, insiste longuement sur ce point. Il convient en effet de tarir l'écoulement urétral lorsqu'une blennorrhée chronique a été le point de départ des troubles nerveux, de traiter le catarrhe prostatique, de combattre suivant les cas soit l'hyperexcitabilité des centres de l'érection ou de l'éjaculation, soit l'atonie de ces organes. Mais il nous paraît indispensable d'instituer dès la première heure le traitement psychique du sujet. Il faut agir aussi énergiquement que possible sur son état mental, parce que cet état mental tient sous sa dépendance et régit une bonne part des troubles

fonctionnels des organes génitaux. Le traitement psychique du malade doit, selon nous, précéder l'application des divers procédés destinés à agir sur l'état local ; sans cela il arrivera fréquemment que tous les soins qui seront prescrits, dans le but d'atténuer l'irritabilité ou d'accroître la tonicité de l'appareil génital, ne feront qu'aggraver l'inquiétude du patient en accentuant sa croyance dans la gravité ou l'incurabilité de ses troubles fonctionnels. Si l'on ne prend pas soin de préparer l'esprit du malade avant de le soumettre aux manœuvres locales, hydrothérapiques ou électrothérapiques, indiquées en pareil cas, on court le risque de cultiver, au lieu de les combattre, ses préoccupations hypocondriaques, d'augmenter son impuissance génitale, en un mot d'aboutir à un résultat précisément inverse de celui qu'on se proposait d'obtenir.

Les malades dont il s'agit ici sont constamment abattus ; leur esprit est dominé par un sentiment d'infériorité humiliante, et leur tristesse est mêlée de quelque honte. Masturbateurs, ils se croient incapables de renoncer désormais à leurs fâcheuses habitudes ; ceux qui ont versé dans la neurasthénie pour avoir abusé des plaisirs sexuels, ceux qui sont atteints d'impuissance relative, se croient menacés de la perte irrémédiable de leur virilité,

ou bien encore d'une maladie incurable de la moelle épinière; les pertes séminales, les écoulements de liquide prostatique auxquels ils sont fréquemment sujets, les affectent vivement; les uns s'imaginent que ces évacuations les épuisent; d'autres qu'elles ont pour origine quelque grave lésion des organes profonds, et quand ces syndromes se développent chez des jeunes gens qui sont à même de se marier plus ou moins prochainement, le désarroi moral qui s'ensuit est complet. Le médecin doit s'efforcer de rassurer ces malades, leur expliquer que les troubles fonctionnels dont ils souffrent sont parfaitement curables, leur faire comprendre la part que prennent leur disposition d'esprit, leurs préoccupations mentales dans le développement et l'entretien de ces troubles. L'impuissance relative qui accompagne parfois les phénomènes d'excitation de la période initiale est d'ordre psychique; il faut rassurer les sujets qui en sont atteints, en leur rappelant qu'ils sont capables, lorsqu'ils sont seuls, d'entrer en érection, et que la cause de leur impuissance, au moment du coït, réside surtout dans la crainte et l'agitation morales avec lesquelles ils abordent l'acte génital. Quant aux neurasthéniques frappés d'atonie génitale réelle et d'impuissance absolue, il nous paraît indiqué, afin de combattre les vives préoccupations

hypocondriaques dont cette impuissance est la source, de leur prouver, comme le conseille Ultzmann, qu'ils sont encore capables de fortes érections. On peut en effet provoquer l'érection chez ces malades en appliquant soit le courant continu, soit le courant faradique, suivant la méthode de Duchenne (l'un des pôles étant placé dans le rectum, l'autre étant appliqué sur le bulbe de l'urètre). Il ne faut pas perdre de vue qu'il y a parfois une nécessité impérieuse à rendre au patient la confiance en ses propres forces, puisque le désespoir où le plonge cette incapacité fonctionnelle peut le conduire au suicide.

Lorsque le malade est rassuré, lorsqu'on a fait naître dans son esprit, par des discours et des procédés évidemment variables pour chaque cas particulier, la conviction que son affection n'est point grave, qu'elle est parfaitement curable, il est dès lors préparé à suivre le traitement local qui doit lui être prescrit et à en tirer avantage.

Pour combattre les symptômes d'excitation qu'on observe généralement dans la première période de la neurasthénie génitale, tels que les érections fréquentes, les pollutions nocturnes, etc., il faut tout d'abord tracer au patient les règles d'hygiène convenable. Il doit nécessairement renoncer à ses habitudes de masturbation, aux fré-

quentations et aux contacts susceptibles de faire naître des pensées érotiques et d'entretenir l'excitation génitale. Il faut lui interdire l'équitation, les excès de table, les mets de haut goût, l'alcool et le café à doses excessives, le séjour prolongé au lit, traiter soigneusement la constipation. La continence ne doit pas être absolue, mais le coït ne sera permis qu'à de longs intervalles.

Parmi les procédés hydrothérapiques, aptes à calmer l'excitabilité spinale, on emploiera la douche chaude générale (35 à 36°), en insistant particulièrement sur la colonne vertébrale, les bains de siège ou les bains chauds prolongés, les sacs de glace appliqués sur la région dorso-lombaire.

L'hydrothérapie fournit encore les principaux agents du traitement local de la spermatorrhée et de l'impuissance vraie due à l'atonie des centres nerveux et des muscles qui concourent à l'érection et à l'éjaculation.

Lorsqu'on aura affaire à des sujets très sensibles, qui accusent des douleurs ou des hyperesthésies localisées dans la sphère des organes génitaux, on devra procéder avec prudence dans l'application des procédés hydrothérapiques à action localisée. On administrera tout d'abord des bains de siège à eau dormante, tempérés, puis frais et enfin froids. On arrivera ainsi progressivement à l'usage des

bains de siège froids à eau percutante (douches périnéales ou douche percutante localisée au niveau du centre génito-urinaire spinal). Beard recommande les lavements froids.

Winternitz a préconisé contre la spermatorrhée et l'atonie des organes génitaux, l'usage du *psycrofore*. C'est une sorte de cathéter métallique à double courant permettant de soumettre la région prostatique de l'urètre à l'action locale du froid. Ce cathéter est fermé à l'extrémité urétrale et bifurqué à l'autre extrémité. On fait circuler à travers la sonde mise en place un courant d'eau à 18 degrés, dont on abaisse la température progressivement jusqu'à 12 ou 10 degrés. La durée de l'irrigation varie de huit à douze minutes. Les premières applications sont en général mal supportées, mais l'accoutumance ne tarde pas à s'établir et l'on obtient souvent par ce procédé d'excellents résultats.

On peut encore appliquer, dans le traitement de ces cas d'atonie génitale, la galvanisation locale suivant le procédé de Benedikt et de Schulz. On se sert d'un courant faible ; le pôle positif étant maintenu sur les premières vertèbres lombaires, on promène l'électrode négative successivement sur le périnée, les cordons spermatiques et la verge. La durée de la séance est de trois à quatre minutes et on répète ces applications tous les

jours ou tous les deux jours. La faradisation semble agir plus efficacement : on électrise successivement tous les muscles accessibles du périnée, bulbo-caverneux notamment, ou bien encore on place l'un des pôles dans le rectum et l'autre sur le périnée et la racine de la verge.

Il va sans dire que l'action de ces traitements locaux doit être secondée par la mise en œuvre des diverses mesures hygiéniques que comporte le traitement général des états neurasthéniques.

Quant à la neurasthénie *traumatique* pure, elle ne nous paraît point soulever d'indications thérapeutiques spéciales. Le traitement de cette variété étiologique de l'épuisement nerveux ne diffère sur aucun point essentiel du traitement de la neurasthénie cérébro-spinale en général

---

TABLE DES MATIÈRES



1767-06. — Coulommiers. Imp. PAUL BRODARD. — 3-07.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

(VOLUMES IN-8°. CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE

Sous presse :

Parasitologie, par E. BRUMPT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Déjà publiés :

Introduction à l'étude de la Médecine, par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris. *4e édition, entièrement revue* . . . . 10 fr.

Physique biologique, par G WEISS, professeur agrégé à la Faculté de Paris, *avec 543 fig.* 7 fr.

Physiologie, par Maurice ARTHUS, professeur à l'Université de Lausanne. *3e édition, avec 286 figures en noir et en couleurs* . . . . 10 fr.

Chimie physiologique, par M. ARTHUS. *6e édition, avec 118 figures et 2 planches en couleurs* . . . . 6 fr.

Dissection, par P. POIRIER, professeur, et A. BAUMGARTNER, ancien prosecteur à la Faculté de Paris. *2e édition revue et augmentée, avec 241 figures* . . . . 8 fr.

Microbiologie clinique, par F. BEZANÇON, agrégé à la Faculté de Paris. *Deuxième édition entièrement revue (Sous presse).*

Examens de Laboratoire *employés en clinique*, par L. BARD, professeur à l'Université de Genève, avec la collaboration de MM. G. MALLET et H. HUMBERT, *avec 138 fig.* . . . . 9 fr.

Diagnostic médical et Exploration clinique, par P. SPILLMANN et P. HAUSHALTER, professeurs, et L. SPILLMANN, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, *avec 153 fig. en noir et en couleurs*. . . . . 7 fr.

Médecine infantile, par P. NOBÉCOURT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, *avec 77 fig. et une planche en couleurs*. . . . . 9 fr.

Chirurgie infantile, par E. KIRMISSON, professeur à la Faculté de Paris, *avec 462 fig.* 12 fr.

Médecine légale, par A. LACASSAGNE, professeur à l'Université de Lyon. *2e édition entièrement revue avec 112 fig. et 2 planches en couleurs* . . . . 10 fr.

Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique

Fondée par le Professeur PROUST

Chaque ouvrage, in-16, cartonné toile, tranches rouges : 4 fr.

Hygiène du Dyspeptique. *Deuxième édition.* — **Hygiène du Goutteux.** *Deuxième édition.* — **Hygiène de l'Obèse.** *Deuxième édition.* — **Hygiène des Asthmatiques.** — **Hygiène des Diabétiques.** — **Hygiène et thérapeutique thermales.** — **Les Cures thermales.** — **Hygiène du Neurasthénique.** *Troisième édition.* — **Hygiène des Albuminuriques.** — **Hygiène du Tuberculeux.** *Deuxième édition.* — **Hygiène et thérapeutique des Maladies de la Bouche.** *Deuxième édition.* — **Hygiène des Maladies du Cœur.** — **Hygiène thérapeutique des Maladies des Fosses nasales.** — **Hygiène des Maladies de la Femme.** — **Hygiène du Syphilitique.** *Deuxième édition.*

Manuel Technique de Massage, par J. BROUSSES, membre correspondant de la Société de Chirurgie. *Troisième édition, revue et augmentée.*

1 vol. in-16 de 407 pages, avec 66 figures, cart. toile souple. 4 fr. 50

L'Alimentation et les Régimes

chez l'homme sain ou malade

Par Armand GAUTIER

Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 volume in-8° de VIII-*756 pages, avec figures* . . . . 12 fr.

La Syphilis. *Expérimentation, Microbiologie, Diagnostic,* par C. LEVADITI, assistant à l'Institut Pasteur, et J. ROCHÉ, ancien interne des hôpitaux.

1 vol. in-8° de IV-*396 pages, avec 59 figures et 2 planches hors texte en couleurs* . . . . 12 fr.

Thérapeutique clinique de la Syphilis,

par E. ÉMERY, médecin de Saint-Lazare, et A. CHATIN, médecin des Eaux d'Uriage.

1 vol. in-8° de VIII-*640 pages, avec figures* . . . . 10 fr.

Ce qu'il faut savoir d'Hygiène

PAR

R. WURTZ
Agrégé à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux.

H. BOURGES
Ancien chef du Laboratoire d'hygiène
de la Faculté de Paris.

1 vol. petit in-8°, de VI-*333 pages, avec figures dans le texte* . . 4 fr.

Les Psychonévroses ET LEUR TRAITEMENT MORAL, leçons faites à l'Université de Berne, par le Pr **DUBOIS**. avec préface du Pr **DEJERINE**. *Troisième édition. 1 vol. in-8° de* XXVIII-*560 p.* 8 fr.

L'Éducation de Soi-Même, par le professeur **DUBOIS**.

Troisième édition. 1 vol. in-8°, de VIII-*265 pages*. . . . . 4 fr.

Les Affections du Système digestif

EN NEUROPATHOLOGIE

Leçons faites à la Faculté de Médecine de Geneve

Par le Dr H. ZBINDEN
Privat docent de Neuropathologie à l'Université.

PRÉFACE DU Dr J. AUCLAIR, Médecin des Hôpitaux de Paris

1 volume in-8° de XVI–*230 pages, broché*. . . . . 3 fr.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

du Travail Musculaire et de la Chaleur animale

Par G. WEISS
Agrégé à la Faculté de Paris, Ingénieur des Ponts et Chaussees.

1 volume in-8° de XII-*208 pages* . . . . 6 fr.

Comment étudier les Astres

Par L. RUDAUX

1 vol. in-8°, de XXXII-*216 pages, avec 79 figures*. . . . . . 4 fr.

Cours élémentaire de Zoologie

Par Rémy PERRIER

Chargé du cours de Zoologie pour le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P.C.N.) à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris.

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

1 vol. in-8°, de 864 pag., avec 721 fig. dans le texte. Relié toile. **10** fr.

TRAITÉ DE ZOOLOGIE

Par Edmond PERRIER

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Directeur du Muséum d'Histoire naturelle.

Fasc. I : **Zoologie générale.** *1 volume grand in-8° de 412 pages, avec 458 figures* . . . . **12** fr.

Fasc. II : **Protozoaires et Phytozoaires.** *1 volume grand in-8° de 452 pages, avec 243 figures.* . . . . **10** fr.

Fasc. III : **Arthropodes.** *1 volume grand in-8° de 480 pages avec 278 figures.* . . . . **8** fr.

Fasc. IV : **Vers et Mollusques.** *1 volume grand in-8° de 792 pages, avec 566 figures* . . . . **6** fr.

Fasc. V : **Amphioxus, Tuniciers.** *1 volume grand in-8 de 221 pages avec 97 figures* . . . . **6** fr.

Fasc. VI : **Poissons.** *1 volume grand in-8° de 360 pages. avec 190 figures* . . . . **10** fr.

Fasc. VII et dernier : **Vertébrés marcheurs.** (*En préparation.*

Les Insectes. Morphologie. Reproduction. Embryogénie. par **L.-F. HENNEGUY**, professeur d'Embryogénie comparée au Collège de France. *Leçons recueillies par A. LÉCAILLON et J. POIRAULT. 1 volume gr. in-8°, avec 622 figures et 4 pl. en couleurs* . . **30** fr.

Zoologie pratique basée sur la dissection des Animaux les plus répandus. par **L. JAMMES**, professeur adjoint à l'Université de Toulouse. *1 volume gr. in-8°. avec 317 figures. Relié toile.* **18** fr.

Éléments de botanique, par **Ph. VAN TIEGHEM.** Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. *Quatrième édition.* revue et corrigée. *2 volumes in-18, avec 587 figures. Reliés toile anglaise* . . **12** fr.

La Montagne Pelée et ses éruptions, par **A. LACROIX,** membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. Ouvrage publié par l'*Académie des Sciences* sous les auspices des *Ministères de l'Instruction publique et des Colonies. 1 fort vol. in-4° de* XXII-662 *pages, avec 238 figures et 31 planches hors texte.* **60** fr.

La Montagne Pelée après ses éruptions, *avec observations sur les éruptions du Vésuve en 79 et en 1906.* par **A. LACROIX.** Ouvrage publié par l'*Académie des Sciences. 1 vol. in-4°, avec 83 fig.* **10** fr.

64884. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.



